



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

SHELLA CARLA NEVES DOS SANTOS

**PROCESSO DO ADOECER E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE
PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL EM BUSCA DE
CUIDADOS À SAÚDE**

FEIRA DE SANTANA
2018

SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS

**PROCESSO DO ADOECER E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE
PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL EM BUSCA DE
CUIDADOS À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Geralda Gomes Aguiar (*in Memoriam*)

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

FEIRA DE SANTANA

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S238

Santos, Sheilla Carla Neves dos

Processo do adoecer e itinerários terapêuticos de pessoas com uso problemático de álcool em busca de cuidados à saúde / Sheilla Carla Neves dos Santos. – 2019.

137 f.: il.

Orientadora: Maria Geralda Gomes Aguiar (*in Memoriam*).

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2019.

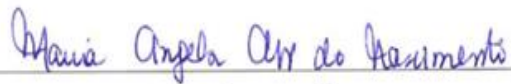
1. Alcoolismo – itinerários terapêuticos. 2. Álcool – uso problemático. 3. Processo saúde doença. 4. Cuidados à saúde. 5. Saúde pública – Irecê, Bahia. I. Aguiar, Maria Geralda Gomes, orient. II. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616-08:178.1(814.22)

SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS

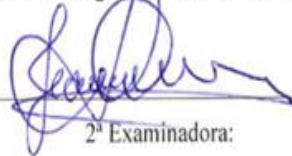
**PROCESSO DO ADOECER E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE
PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL EM BUSCA DE
CUIDADOS À SAÚDE**

Feira de Santana, 30 de novembro de 2018.



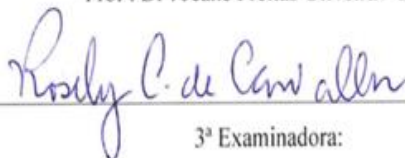
1ª Examinadora e Presidente:

Profª. Drª. Maria Angela Alves do Nascimento / UEFS



2ª Examinadora:

Profª. Drª. Jeane Freitas Oliveira / UFBA



3ª Examinadora:

Profª. Drª. Rosely Cabral de Carvalho / UEFS



Mestranda: Sheilla Carla Neves dos Santos

Dedico ao meu filho, maior riqueza da minha vida;
ao meu pai e à minha mãe por toda o amor e
ensinamentos à mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

Ao meu filho William por toda compreensão, cuidado, atenção, paciência, tolerância, minha fonte inesgotável de inspiração em busca do meu melhor, sem seu amor nada seria possível.

À minha mãe e ao meu pai, por me terem dado educação e valores e por me terem ensinado a andar. Amor incondicional. Mãe, você que me gerou e me incentivou durante toda a vida que eu buscase o melhor em todos os aspectos da minha vida. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento. Obrigada por tudo!

A todos os meus familiares, primos, tios. Não citarei nomes, para não me esquecer de ninguém. Mas há aquelas pessoas especiais que diretamente me incentivaram. Aos meus avós maternos José (*in memoriam*), Otacília (*in memoriam*) e avós paternos Mãe Jardú (*in memoriam*), e Antônio (*in memoriam*), pelo exemplo de humildade e honestidade, pelas memórias de um genuíno amor, modelos em que procuro me espelhar sempre, por me terem ensinado a ser nobre, na essência da palavra. Que falta vocês me fazem!

À professora (*in memoriam*), Maria Geralda Gomes Aguiar, orientadora inicial dessa pesquisa pela oportunidade. Por acreditar. E, pela contribuição até onde foi possível chegar nessa caminhada. Eterna gratidão.

Em especial a professora Dr^a Maria Angela do Nascimento, orientadora, pelo acolhimento, por chegar e em um momento delicado do construir e ser tão complacente. Pela compreensão, pela paciência em minhas falhas, por acreditar e principalmente pela valiosa contribuição para a elaboração dessa dissertação, sem seu apoio não seria possível concluir a caminhada.

À banca de defesa, pela leitura atenta e apontamentos que contribuíram para a concretização desta dissertação.

À Fundação Estatal Saúde da Família pela parceria com a UEFS para que esse mestrado fosse realizado através do convênio. Em especial, ao apoio fundamental de Carlão e Vielka por todo apoio, compreensão, incentivo e vibração positiva. E aos colegas da FESF, não citarei nomes, para não me esquecer de ninguém. Mas há aquelas pessoas especiais que diretamente me incentivaram.

Aos funcionários do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, em especial Jordan por seu apoio e cuidado. Vocês são elementos fundamentais para que tudo funcione.

Aos participantes desta pesquisa por compartilharem generosamente suas histórias, seus percursos e conhecimento.

Aos colegas do mestrado, em especial Daiana, Carla, Paula e Cláudia com os quais compartilhei aprendizados, desabafos, sorrisos e incentivos.

A Angélica, principalmente pelo incentivo, paciência, dedicação, correções, formatação e principalmente sua proteção emanada na forma de oração e de energia positiva.

A Maria Inez, pelo exemplo de profissional de enfermagem, de colega, motivadora, companheira e inspiradora.

Aos amigos, de longe ou perto, por fazerem parte da minha vida. Em especial minha amiga Helma (in *memoriam*), meu carinho eterno.

A todos os professores que passaram pela minha formação em especial aos professores do MPSC pelo aprendizado desenvolvido em suas disciplinas.

Aos professores, que aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa, pelas sugestões e análises significativas às quais tentarei atender na versão definitiva do texto.

A todos os usuários, por suas narrativas, que participaram espontaneamente desta pesquisa. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

À Secretaria Municipal de Saúde de Irecê, pelo campo de estudo, à Vera, a todos os funcionários do CAPS, da EqSF Antônio Diniz, Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim e à Maria de Fátima.

A conclusão deste Mestrado representa a realização de um sonho e um divisor de águas. Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência.

Caminante

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.

Antonio Machado

Caminhante (Tradução)

Caminhante, são teus passos
o caminho e nada mais;
Caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar.
Ao andar se faz caminho,
e ao voltar a vista atrás
se vê a senda que nunca
se voltará a pisar.
Caminhante, não há caminho,
mas sulcos de espuma ao mar.

Antonio Machado

RESUMO

O álcool é um problema de saúde pública, uma das causas de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo. E as suas consequências são inúmeras para o cidadão, a família e a sociedade de forma direta e indireta. Para tanto, este estudo teve como **objetivos** descrever a história de vida de pessoas que fazem uso problemático de álcool, compreender o seu processo saúde doença a respeito do uso problemático do álcool e analisar os itinerários terapêuticos de pessoas em uso problemático de álcool em busca de cuidado à saúde no município de Irecê – BA. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, realizada em Irecê/BA, nos campos CAPS tipo II, unidade de saúde da família (USF) Antônio Diniz e Comunidade Terapêutica G. Livre Maanaim, com 13 participantes em uso problemático de álcool. Utilizamos como técnica de produção de dados, entrevista narrativa de Schütze. **Resultados:** na história dos participantes, o consumo de álcool inicia-se na adolescência, no meio familiar, festas ou/e entre amigos para pertencimento ao grupo. Dentre as consequências negativas ao uso problemático destacam perda de emprego, baixa autoestima, violência doméstica, sofrimento físico e psíquico. O itinerário terapêutico contempla cuidado informal dos familiares, fé religiosa e cuidados profissionais, não se restringindo apenas às instituições de saúde mental. Assim, procuram uma diversidade de alternativas como a “força” da família, amigos e vizinhos, até de pessoas desconhecidas em prol da defesa da vida do outro, independente das instituições formais de saúde e de serviços outros considerados não formais como igrejas evangélicas, católica, espiritismo e curandeirismo. **Considerações Finais:** A história de vida, dessas pessoas, na sua maioria, permeiam experiências da desorganização familiar, violência e outros determinantes sociais e culturais, levando-os a perda da autoestima, humilhações, rejeições sociais, desamor, desesperança, perdas materiais, dentre outros. Outrossim, elas tem procurado oportunidade à sua vida –Resiliência. Enfim, elas circulam em uma rede de cuidados pouco articulada, que reflete diretamente no seu itinerário terapêutico, fixando-os em determinados serviços. Frente aos resultados, destacamos a necessidade de aprimorar a atenção às pessoas em uso problemático de álcool por meio de uma rede de atenção à saúde articulada não apenas com serviços mas também com profissionais de saúde preparados para atuarem com resolubilidade, integralidade, acolhimento, vínculo, responsabilização e compromisso em prol da defesa da vida de todos-usuários, familiares e a sociedade, uma vez que a SAÚDE é um DIREITO de todos e DEVER de Estado.

DESCRITORES: Alcoolismo. Itinerários Terapêuticos. Cuidado. Processo Saúde Doença.

ABSTRACT

Alcohol is a public health problem, one of the most significant risk causes for morbidity, mortality and disability worldwide. And its consequences are numerous for the citizen, family and society directly and indirectly. To this end, this study aimed to describe the life history of people who use problematic alcohol, understand their health disease process regarding the problematic use of alcohol and analyze the therapeutic itineraries of people in problematic alcohol use in search of health care in the municipality of Irecê - BA. Methodology: Qualitative research conducted in Irecê / BA, CAPS type II, family health unit (USF) Antônio Diniz and Therapeutic Community G. Livre Maanaim, with 13 participants in problematic alcohol use. We used as data production technique, narrative interview of Schütze. Results: in the participants' history, alcohol consumption starts in adolescence, family, parties or / and among friends to belong to the group. Negative consequences of problematic use include job loss, low self-esteem, domestic violence, physical and psychological distress. The therapeutic itinerary includes informal family care, religious faith and professional care, not restricted to mental health institutions. Thus, they seek a variety of alternatives such as the "strength" of family, friends, and neighbors, even of strangers for the sake of defending the other's life, regardless of the formal health and service institutions considered non-formal as evangelical, Catholic churches, spiritualism and healerism. Considerations Endings: The life story of these people, for the most part, permeates experiences of family disorganization, violence and other social and cultural determinants, leading them to loss of self-esteem, humiliation, social rejection, lack of love, hopelessness, material loss, among others. Also, they have been looking for opportunity in your life - Resilience. Finally, they circulate in a poorly articulated care network, which reflects directly on their therapeutic itinerary, fixing them in certain services. In view of the results, we highlight the need to improve attention to people with problematic alcohol use through a health care network articulated not only with services but also with health professionals prepared to work with resolve, comprehensiveness, welcoming, bonding, accountability and commitment for the defense of the lives of all users, family members and society, since HEALTH is everyone's RIGHT and the DUTY of the State.

KEYWORDS: Alcoholism. Therapeutic Itineraries. Watch out. Health Process Disease

LISTA DE SIGLA

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CISA	Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
DSTs	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IT	Itinerários Terapêuticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PVC	Programa de Volta para Casa
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDA	Síndrome de Dependência do Álcool
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SIC	Segundo Informação Comunicada
SRT	Serviço Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPA	Uso Problemático de Álcool
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: construção teoria-prática	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E O SISTEMA DE SAÚDE FORMAL DA REDE PSICOSSOCIAL	24
2.2	SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL DAS PESSOAS NO PROCESSO DE ADOECIMENTO E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	36
3	METODOLOGIA	41
3.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	41
3.2	LOCAL DO ESTUDO	42
3.3	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS	44
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
3.5	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	48
3.6	ÉTICA NA PESQUISA	62
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	64
4.1	NARRATIVAS DA HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL	64
4.2	PROCESSO SAÚDE DOENÇA DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL	97
4.2.1	O USO DO ÁLCOOL: uma contradição entre o “bem” e o “mal”	97
4.2.2	A “CERTEZA” DA DEPENDÊNCIA DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: “ele me aviciou”, “eu me avicie”	100
4.3	INTINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: experiências vividas no processo da enfermidade	104
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA NARRATIVA	132
	APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	133

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: construção teoria-prática

Esta pesquisa está inserida na linha de pesquisa Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Cuidado em Saúde do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

A escolha deste objeto de estudo, PROCESSO DO ADOECER E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL EM BUSCA DE CUIDADOS À SAÚDE surgiu de inquietações teórico-práticas ainda na academia, quando graduanda em Enfermagem numa instituição pública do Estado da Paraíba a partir das discussões sobre políticas e modelos de saúde, como também na prática no hospital de referência para traumas, onde realizei¹ estágio, chamando minha atenção para o número de vítimas de acidente em decorrência do uso do álcool.

A minha escolha por este objeto de estudo levei em consideração não só a sua amplitude, mas também a sua magnitude, pois segundo dados do último Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018 da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) o uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, relacionado a 3 milhões de mortes em 2016 – o equivalente a quase 5,3% de todas as mortes no mundo. Além da minha experiência profissional como enfermeira, vivida no período de 2006 a 2016 quando atuei na coordenação de Enfermagem da Unidade de Referência de Traumatologia e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Irecê – BA e tive a oportunidade de observar, empiricamente, a existência de grande número de acidentes de trânsito em que o motorista se encontrava sob efeito de álcool. Uma realidade que levou-me a refletir que o consumo de bebidas alcoólicas de forma nociva nos espaços sociais nos quais os jovens e adultos jovens estão inseridos, vem tornando-se uma prática comum e até banalizada pela sociedade. A experiência levou-me a refletir sobre os caminhos percorridos por esses usuários que buscam o cuidado e o significado diante da agudização dos problemas relacionados ao uso problemático do álcool² no seu enfrentamento.

A minha primeira experiência profissional foi em uma cidade do interior do Espírito

¹Para o momento em que conto minha experiência prática para contextualizar o objeto deste estudo optei por usar a primeira pessoa no singular.

² **Uso problemático de álcool:** dentre os quatro padrões de ingestão propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), três deles (uso de risco, uso nocivo e dependência) expõem os usuários a riscos e aumentam as chances de que desenvolvam diversos tipos de problemas (físicos, sociais, legais, emocionais). Devido a isto, eles podem ser agrupados dentro de um termo mais amplo, o “uso problemático de álcool”.

Santo, como enfermeira do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). E, durante a realização das visitas domiciliares na zona rural, onde o cultivo do café era a atividade dominante, assim como a produção do álcool em alambiques artesanais, constituindo-se como uma produção econômica e que culturalmente, tem influenciado o consumo frequente de álcool pelas famílias, levando-as suas consequências clínicas e sociais.

Retornei a morar em Irecê, cidade do interior da Bahia, região da origem da minha família. Inicialmente trabalhei na assessoria da coordenação da atenção básica (AB), e notei, durante as visitas às famílias das equipes do saúde da família (EqSF), um número significativo de famílias, onde o consumo de bebida alcoólica era uma prática constante. Um ano depois coordenei o Centro de Especialidades Médicas (CEM) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em doenças sexualmente transmissíveis e aids, acompanhei casos em que a contaminação ocorreu após relações sexuais desprotegidas, e em consumo de bebida alcoólica.

Uma realidade encontrada na pesquisa de Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008) ao associarem o uso de álcool ao comportamento sexual, reforçando ser um risco para disseminação das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) / vírus da imunodeficiência humana (HIV) / síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pois quando o sexo é praticado sob efeito de álcool, as pessoas tendem a ter múltiplos parceiros e não utilizam preservativo. Uma experiência narrada nos casos em que acompanhei.

Ainda em Irecê coordenei o serviço de traumatologia do hospital de referência regional e também assumi a coordenação geral da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município. Essa atuação reativou minha inquietação em relação aos números de traumas atendidos relacionados ao uso problemático de álcool, com o alto índice de casos de embriaguez presentes entre jovens, adultos e idosos de ambos os sexos na busca do cuidado frente a agudização do problema. Nessa oportunidade, estive em contato com pessoas que vivem com o processo de adoecimento em consequência do uso problemático do álcool, o que me fez refletir sobre suas causas, a extensão de seus danos à saúde e a importância de conhecer melhor as suas experiências.

Diante de tal contexto tive a oportunidade de fazer leituras (GOMES, 2012; HECKMANN; SILVEIRA, 2009; LARANJEIRA et al., 2000) sobre a síndrome da doença crônica, dependente do álcool com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, levando-me a algumas inquietações e reflexões respaldadas pelos depoimentos de homens e mulheres sobre as suas vivências com a doença e a discriminação que vivem nos serviços de saúde. A discriminação e estigma relacionados a dependência

alcoólica despertou-me um olhar mais sensível em virtude dos seus relatos sobre o tratamento desigual dispensado nos serviços de saúde, constituindo-se uma dificuldade de acesso aos serviços.

Atualmente estou gestora do projeto de implementação da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007b) nos hospitais da rede própria do estado da Bahia. Uma política que defende a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, no sentido de oportunizar autonomia, ampliação da capacidade de transformar a realidade em que vivem com a responsabilidade compartilhada, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Ao definir o objeto deste estudo elaborei a seguinte questão norteadora central da pesquisa:

Como as pessoas que fazem uso problemático de álcool vivenciam seu processo de adoecimento?

E a partir desta questão faço outros questionamentos:

Qual a história de vida das pessoas com uso problemático de álcool em busca de cuidados à saúde?

Quais os itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas em uso problemático de álcool em busca de cuidado à saúde no município de Irecê – BA?

Para tanto, o estudo teve como objetivos:

Analisar o processo saúde doença vivenciado pelas pessoas com uso problemático do álcool em busca do cuidado à saúde.

Compreender a história de vida de pessoas com uso problemático de álcool em busca do cuidado à saúde.

Descrever os itinerários terapêuticos de pessoas com uso problemático de álcool em busca de cuidado à saúde no município de Irecê – BA.

Por conseguinte, tomo como ponto de partida um referencial aproximado sobre o uso problemático de álcool como uma questão social e de saúde pública no nosso país.

O álcool consiste na droga psicoativa mais utilizada pela humanidade, justificando o grande número de estudos sobre esse tema. É considerado uma droga psicotrópica que atua no sistema nervoso central provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, com potencial para desenvolver dependência (MARQUES; CRUZ, 2000). A síndrome da dependência de álcool³ (OMS,1998) é uma doença crônica multifatorial, com uma diversidade

³ **Síndrome da dependência do álcool:** A OMS (1998) utilizou os seguintes critérios para elaborar suas diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas: 1-compulsão para o consumo,

de situações que poderão contribuir para o seu desenvolvimento. Segundo Schuckit (1985) o seu diagnóstico tem sido definido com base em quatro grupos de indicadores: consumo, dependência psicológica, dependência física e problemas relacionados ao álcool.

Outrossim, o diagnóstico dessa dependência é definido pela 10ª Edição *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)* da Organização Mundial de Saúde (1998), como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após o uso repetido de álcool, tipicamente associado aos seguintes sintomas: forte desejo de beber; dificuldade de controlar o consumo; uso continuado, apesar das consequências negativas; maior prioridade dada ao uso da substância em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância (necessidade de doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância) e, por vezes, um estado de abstinência física (SÃO PAULO, 2014).

A Organização Mundial de Saúde, após a 2ª Guerra Mundial, assume que o uso excessivo de álcool é um problema que está sob sua responsabilidade e propõe investigações para conceituar e definir as dependências. Em 1960, Jellinek (consultor da OMS para assuntos relacionados ao alcoolismo) definiu cinco tipos de alcoolismo e defende que a co-ocorrência de tolerância, abstinência e perda de controle configurem um quadro de dependência. A partir de então, começou a chamar a atenção dos pesquisadores o fato de o uso de álcool causar outros problemas além da dependência, como acidentes no trânsito, criminalidade e grande número de internações psiquiátricas. Já na década de 1970, Edwards e Grant (1977) fizeram referência a outros dos seus estudos epidemiológicos realizados em 1976 e propuseram um novo conceito para o alcoolismo, chamado de síndrome de dependência de álcool (SDA).

A partir de então, começa a chamar a atenção dos pesquisadores o fato da dependência ao álcool provocar outros problemas como acidentes no trânsito, criminalidade e grande número de internações psiquiátricas (WEBSTER, 2004). A SDA considera não só a presença de uma série de sintomas, mas também a intensidade destes num *continuum* de gravidade. Além disso, começa-se a fazer uma diferenciação entre dependência e problemas relacionados ao álcool. Dentro deste novo conceito, existem duas dimensões distintas: por um lado, a psicopatologia do beber; e por outro, uma dimensão enfocando todos os problemas decorrentes do uso ou da dependência de álcool.

Dessa forma, o fato de a pessoa ter problemas no trabalho ou nas relações familiares

2-aumento da tolerância,3-síndrome de abstinência, 4-alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo,5-relevância do consumo, 6-estreitamento ou empobrecimento do repertório, 7-reinstalação da síndrome de dependência.

devido ao uso de álcool, não é suficiente para diagnosticar a dependência; entretanto, pode-se considerar que o uso que faz de bebidas alcoólicas é uso problemático. É importante, nesse caso, que o profissional de saúde esteja atento para uma intervenção com o objetivo de reduzir os danos e de prevenir o surgimento de outros problemas.

Para caracterizar a síndrome de dependência de álcool foram propostas algumas situações: estreitamento do repertório do beber, aumento do comportamento de busca do álcool, aumento da tolerância ao álcool, sintomas de abstinência, alívio ou evitação dos sintomas de abstinência através da ingestão repetida do álcool, sensação subjetiva da necessidade de beber, reinstalação da síndrome após abstinência. Os critérios diagnósticos para uso nocivo e dependência da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) foram estabelecidos com base nas situações acima citadas.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde trabalha com quatro padrões de ingestão (BABOR et al., 2003), destacados a seguir:

O primeiro padrão é o uso de baixo risco, ou seja, uso moderado, não extrapolando os limites recomendados⁴:

O segundo padrão dentro deste *continuum* é o uso de risco. O uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta as chances de problemas para o usuário, ou seja, a pessoa está bebendo acima dos limites e está se colocando em situações de risco. É um padrão de consumo de álcool recorrente que excede o “limite de beber de baixo risco” e implica em dano latente, em um aumento da probabilidade de conseqüências prejudiciais que ainda não aconteceram (BABOR et. al., 2003).

O terceiro e o quarto padrão de uso de álcool caracterizam os critérios diagnósticos da CID-10 de uso nocivo e síndrome de dependência:

Uso Nocivo:

- Requer dano real à saúde física ou mental
- Conseqüências sociais adversas
- Uso freqüentemente criticado por outras pessoas

Dependência de Álcool: (três ou mais dos requisitos abaixo, em algum momento durante o ano anterior)

- Desejo forte ou compulsão para consumir o álcool.

⁴**limites recomendados** : Homens: 2 doses-padrão por dia, ou 3 doses por ocasião;
Mulheres: 1 dose-padrão por dia, ou 2 doses por ocasião; Idosos: 1 dose-padrão por dia, ou 2 doses por ocasião
dose-padrão: 1 lata de cerveja, 1 dose de destilado, 1 taça de vinho.

- Dificuldades em controlar o uso de álcool em termos de início, término ou níveis de consumo.

- Estado de abstinência fisiológico quando o uso cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência e pelo uso da substância com o intuito de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de álcool são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

- Abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de álcool, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou usar o álcool ou para se recuperar de seus efeitos.

- Persistência no uso do álcool, apesar da ocorrência de conseqüências nocivas.

Dentre os quatro padrões de ingestão propostos pela Organização Mundial de Saúde, três deles (uso de risco, uso nocivo e dependência) expõem os usuários a riscos e aumentam as chances de que desenvolvam diversos tipos de problemas (físicos, sociais, legais, emocionais). Devido a isto, eles podem ser agrupados dentro de um termo mais amplo, o uso problemático de álcool. Com a introdução desses conceitos a respeito do uso de álcool abre-se um novo campo de estudos, com ênfase em prevenção, cuidados primários, planejamento de saúde, identificação e intervenção precoces (BABOR; HIGGINS- BIDDLE, 2003; FURTADO, 2003).

Um padrão de beber de alto risco é o *binge drinking*, descrito como o consumo de cinco ou mais doses padrão de álcool em um único episódio, freqüente entre adultos jovens incluindo estudantes universitários (KARAM; KYPRI; SALAMOUN, 2007; DIMEFF et al., 1999; KERR-CORRÊA et al., 1999; WECHSLER; KUO, 2000).

As pessoas que têm um padrão de beber de risco e de *binge drinking* devem receber atenção especial do ponto de vista preventivo considerando que ainda não ocorreu um dano real. Uma ação de prevenção tem sido divulgada pela OMS através da implantação de intervenções breves para prevenção de uso problemático de álcool na rede primária de saúde (BABOR et al. 2003).

Atualmente o uso problemático de álcool é preocupante para saúde pública. Relatórios da Organização Mundial da Saúde sobre o consumo global de álcool relatam que o uso problemático de álcool contribuiu com 3,2% das mortes em todo o mundo e com quatro por

cento de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY's)⁵. O uso problemático de álcool em adolescentes e adultos jovens é uma preocupação considerando a tendência de padrões de beber de maior risco e mais prejudiciais nesta faixa etária além da exposição a uma propaganda maciça para consumo de álcool voltado para este público (WHO, 2004).

O uso nocivo do álcool resultou em cerca de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) globalmente em 2016; estas estimativas incorporam tanto a saúde prejudicial quanto a benéfica do consumo de álcool. Os efeitos do consumo de álcool na mortalidade são superiores aos da tuberculose (2,3%), HIV / AIDS (1,8%), diabetes (2,8%), hipertensão (1,6%), doenças do aparelho digestivo (4,5%), lesões na estrada (2,5%) e violência (0,8%). O álcool também levou a uma grande carga de doenças e ferimentos em 2016, causando 132,6 milhões (WHO, 2018).

A respeito do consumo de álcool na população geral, o *II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas* (CARLINI et al., 2007) avaliou uma amostra de 7.939 brasileiros, com idade entre 12 e 65 anos e distribuição equilibrada dos sexos nas diferentes faixas etárias em 108 cidades com mais de duzentos mil habitantes. O instrumento utilizado foi o questionário *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SAMHSA). Foi avaliada, entre outros dados, a estimativa de prevalência de 'uso na vida' de álcool (ter usado bebida alcoólica pelo menos uma vez ao longo da vida) e de dependência de álcool. Considerando o 'uso na vida', as drogas mais experimentadas foram álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos, estimulantes e cocaína. A estimativa de prevalência de 'uso na vida' de álcool na população geral foi de 74,6%. Na faixa etária de 18 a 24 anos foi de 78,6%, com a menor taxa de 48,4% na Região Norte e maior taxa de 84,2% na Região Sudeste. Na Região Sudeste encontra-se a cidade de Ribeirão Preto e a FMRP-USP, onde foi realizado este estudo. A estimativa de prevalência de dependência de álcool na população geral foi de 12,3%. Na faixa etária de 18 a 24 anos foi de 19,2%, com a menor taxa de 9,3% na Região Norte e maior taxa de 21,9% na Região Sudeste. Em todas as regiões do país, a taxa estimada de dependentes de álcool foi maior no sexo masculino e na faixa etária de 18 a 24 anos. O taxa de 'uso na vida' de álcool no Brasil foi menor que outros países como o Chile

⁵DALY's (*Disability Adjusted Life Years* - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) é um indicador utilizado (mensuração nos estudos de carga global de doenças) . Mede-se, simultaneamente, o efeito da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos.

Unidade de medida *Disability Adjusted Life Year (DALY)* 1 Daly = 1 ano de vida sadia perdido

YLL = Número de mortes X Expectativa de vida na idade ao morrer

YLD = Número de casos X Duração até remissão ou morte X Peso da Incapacidade

DALY = YLD + YLL

(86,5%) e Estado Unidos da América (82,4%) (CARLINI et al., 2007).

No Brasil, o estudo sobre essa população realizado pelo *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas* (LENAD, 2014) através de um levantamento realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) escolheu, aleatoriamente, 4.607 pessoas com 14 anos ou mais de todo território brasileiro para responderem sigilosamente, um questionário padronizado com mais de 800 perguntas com o objetivo de avaliar o padrão de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, bem como fatores associados com o uso problemático como depressão, suporte social, saúde física, violência infantil e doméstica entre outros. Em seus resultados 64% dos homens e 39% das mulheres adultas, relataram consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana); 66% dos homens e 49% das mulheres adultas relataram beber em binge⁶; metade da população é abstinência; 32% bebem moderadamente e 16% consomem quantidades nocivas⁷ de álcool. Todavia, dois (2) a cada 10 dos bebedores (17%), apresentaram critérios para abuso e/ou dependência de álcool.

O *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira* (BASTOS et al., 2017) foi realizado em 2016, em todo o território nacional, em parceria com os pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), com o objetivo de verificar o consumo de drogas pela população e fundamentalmente, o impacto das drogas na saúde da população para traçar estratégias na área de saúde para seu enfrentamento.

Outrossim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c) publicou em 3 de maio de 2002, a Portaria GM / MS n. 816, de 30 de abril de 2002, e a Portaria SAS / MS n. 305, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002c), as quais estabeleceram diretrizes para a política de álcool e outras drogas, propondo um conjunto de ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas. A Portaria GM/MS n. 816 (BRASIL, 2002c) já destacava a necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa população na rede do SUS e de reformular e adequar o modelo de assistência oferecido ao usuário de álcool e outras drogas, aperfeiçoando-o e qualificando-o. Para isto várias ações estão previstas, entre elas a de

⁶ **Beber em binge:** (quando bebem, ingerem 4 unidades (mulheres) ou 5 unidades (homens) ou mais de bebida alcóolica a cada duas horas)

⁷ **Quantidade nociva:** de acordo com o documento intitulado *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide* (2010)², da WHO, não existe um nível seguro para o consumo de álcool. Se a pessoa bebe, há risco de problemas de saúde e outros, especialmente se: bebe mais de 2 doses (dose padrão segundo a WHO (2010) 10-12 g, corresponde a 330 ml cerveja/chopp ou 100 ml de vinho ou 30 ml de destilado) por dia; não deixa de beber pelo menos dois dias na semana.

promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de Atenção Básica, serviços e programas locais de saúde mental. Mas, para Humeniuk e Poznyak (2004) é preciso que os profissionais do SUS pensem e discutam políticas e estratégias de capacitação para trabalhar com o problema de consumo de álcool e outras drogas e mediante tais necessidades. A WHO (2004) apoiou inclusive o desenvolvimento de instrumentos de triagem que são ferramentas importantes para identificar qual o nível de uso, ajudando o profissional de saúde a definir a estratégia de intervenção mais adequada.

Diante de tal realidade, concordamos com Duailibi e Laranjeira (2007), que o uso abusivo e nocivo de bebida alcoólica tem desafiado os profissionais de saúde a repensarem suas práticas voltadas a esse público, visando a integralidade na atenção. No entanto entendemos que é necessário investigar as escolhas e os caminhos percorridos pelos usuários de álcool, em busca de cuidado para lidar com os problemas decorrentes do uso abusivo, prejudicial e nocivo, considerando a diversidade de ofertas terapêuticas e a complexidade da questão.

Tais termos são conceituados a seguir: segundo a *Classificação Internacional de Doenças* (CID- 10) (OMS, 1998), o termo uso nocivo é aquele consumo de álcool em quantidade e frequência acima dos padrões considerados aceitáveis, causando prejuízos físicos ou mentais; o termo uso abusivo foi descrito pelo *Diagnostic and Statistical Manual* versão IV (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) como potencial risco para dependência e quando avaliado cuidadosamente, pode ser considerado diagnóstico de dependência, o qual caracteriza-se pelo uso contínuo e recorrente, perante problemas sociais, interpessoais ou físicos, associados a negligências de obrigações e até mesmo questões legais (BRASIL, 2013).

Já para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) o termo consumo prejudicial abarca os conceitos usados atualmente, como abuso de álcool, uso prejudicial de álcool ou problemas relacionados ao álcool. O consumo prejudicial pode resultar em uma série de complicações como por exemplo problemas de saúde, problemas psicológicos e psiquiátricos, problemas sociais e interpessoais e conflitos com a lei. A Organização Mundial da Saúde (2010) recomenda a substituição do termo alcooolismo por síndrome da dependência de álcool ou dependência de álcool ou consumo prejudicial de álcool.

De acordo com Machado e Boarini (2013) no Brasil os usuários de álcool e drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mas especificamente da saúde mental, a partir da aprovação da Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL,2001a), reconhecendo-se assim, a lacuna historicamente existente na assistência prestada aos usuários.

Ressaltam ainda que a lei legitimou o movimento da reforma psiquiátrica e priorizou a rede extra-hospitalar de cuidados como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), reconhecendo as pessoas com transtorno mental com o direito ao tratamento e à reinserção social, além de ressaltar os direitos à saúde e à proteção do usuário e do dependente de álcool e de outras drogas.

Por conseguinte, no campo de atenção e cuidado em saúde, torna-se de grande relevância a formulação de práticas que integrem os usuários nos aspectos envolvidos na experiência de uso e dependência do álcool, para compreender a sua complexidade. Contudo, entendemos que é preciso considerar as especificidades nas trajetórias de cada sujeito que procura atendimento nos diversos serviços e o singular cuidado de que necessita. Mas, contudo, para Marques e Mângia (2013) há um desafio na atual construção de práticas nesse campo que é representado pelos profissionais que atuam na área nem sempre assumem o compromisso com a afirmação e garantia dos direitos de cidadania dos sujeitos atendidos. No entanto, apesar da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, ainda é evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado.

Mas para objetivar concretamente essas ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado as RAS precisam ser voltadas para a garantia de direitos constitucionais de cidadania do SUS, com uma atuação estratégica de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere à sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, no sentido de garantir a integralidade do cuidado, uma vez que são

como arranjos [a RAS] organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.4).

Por conseguinte, a RAS tem a finalidade de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, incrementando o sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

Todavia, para Cecílio (1997) as várias portas de entrada do usuário no sistema de saúde foram se instituindo de forma espontânea, a atenção básica é uma delas, mas também as

urgências, e outras encontradas pelos próprios usuários na busca do cuidado, associado à ideia de movimento com várias alternativas de entrada e saída, o que sugere um modelo circular, sem gradação de níveis hierárquicos verticais, com funcionamento horizontal, antagonizando o projeto inicial do SUS, representado pelo sistema. O autor destaca também, que o sistema precisa funcionar centrado nas necessidades de seus usuários e não com base em forma preestabelecida, à qual os usuários têm de se adequar.

Ademais, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) criou a linha de cuidados vinculados à atenção psicossocial da população e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), decorrente da efetivação de direitos conquistados pela promulgação da Lei nº8.080/90 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e da Lei nº10.216/01 (BRASIL, 2001a) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A RAPS por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde propõe a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, tendo em vista a garantia do acesso universal, com um cuidado integral de qualidade e assistência multiprofissional. É notório que a RAPS contém diferentes aspectos de atenção para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Em contraposição a ideia de linha de montagem no tratamento da doença, Cecílio (2011) formulou de modo inovador o conceito de linha de cuidado, a qual atravessa inúmeros serviços de saúde, constituindo, assim, um modo de produção de ações de saúde cada qual operando distintas tecnologias. Reiterando tal afirmação, destaca que as linhas de cuidado só funcionam em rede no sistema de saúde.

Em seus percursos teórico-metodológicos, a construção de itinerários terapêuticos tem expressado diferentes lógicas das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados, até porque, concordamos com Bellato (2008) que há evidências de tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de busca de cuidados em saúde por usuários e suas famílias, e dos modos como os serviços de saúde podem lhe dar respostas mais ou menos resolutivas.

Ao ampliarmos a compreensão dos processos de busca por cuidado vemos com mais clareza os limites e as dificuldades das linhas de cuidado sendo reforçado por Pinheiro e outros (2016) que, como organizador do processo de trabalho em saúde, o trabalhador tem atribuição fundamental, pois sua atuação tem sido circunscrita à rede de serviços de saúde, e

os usuários no seu processo saúde doença em busca de cuidado a saúde percorrem muitas vezes vários caminhos – os itinerários terapêuticos.

Os itinerários terapêuticos e as trajetórias assistenciais, segundo Pinheiro e Silva Júnior (2008) se diferem das linhas de cuidado porque enfatizam a perspectiva do usuário e seus arranjos organizativos ao longo das experiências de adoecimento, permitindo entender como o usuário escolhe, avalia se adere ou não aos tratamentos prescritos, tendo como referência suas redes sociais, que podem incluir ou não as redes de serviços. Além disso, são evidenciados outros aspectos envolvidos no cuidado, sobretudo simbólicos, sociais e culturais, e que frequentemente não são considerados nas linhas de cuidado. Ao desconsiderarmos essa diferença reduzimos a compreensão dessa experiência humana, incluindo os complexos processos que envolvem a escolha de um tratamento.

Diante desta construção teórico-prática para contextualização do objeto deste estudo, reforçamos que ela traduz uma relevância social uma vez que seus resultados poderão subsidiar a criação de novas estratégias de cuidado ao usuário de álcool do município de Irecê – BA, propiciar a ampliação da discussão crítica reflexiva sobre o assunto e até auxiliar na construção de modelos de gestão participativa, subsidiar debates não somente sobre acesso aos sistemas formais de saúde, mas também sobre a necessária readequação de ações em saúde para além das práticas biomédicas. Trata-se de um importante problema social, assim reconhece-se que estudos como esse não se esgotam, mas somam informações, as quais podem vir a ser utilizadas na construção de dispositivos para qualificar o atendimento e impulsionar a criação de novas práticas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial apresenta uma breve discussão teórica do problema, na perspectiva de fundamentá-lo conforme as teorias existentes, validando a dimensão interna da pesquisa, e estabelecendo relações com os conceitos e categorias que servirá de base para a análise e interpretação das informações produzidas.

2.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA EM USO PROBLEMÁTICO DO ÁLCOOL E O SISTEMA DE SAÚDE FORMAL DA REDE PSICOSSOCIAL

As políticas públicas no Brasil, segundo Laranjeira e Romano (2004), direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool, surgem em diferentes momentos, com distintas abordagens, com alternância de intervenções repressivas e de intervenções pautadas nos direitos humanos e no protagonismo dos sujeitos. Ressalta ainda que podem ser divididas em duas categorias: as alocatórias, que promovem recursos a um grupo ou uma organização específica para prevenção e tratamento e as regulatórias que procuram influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas.

Historicamente, no Brasil, as políticas públicas voltadas ao controle do uso de entorpecentes tiveram início a partir do século XX, precisamente na década de 1920, de acordo com os dados do Conselho Federal de Psicologia - CFP (2009), precisamente, em 1921 quando foi editada a lei restritiva na utilização de ópio, morfina, heroína e cocaína, passível de punição para todo tipo de utilização que não seguissem recomendações médicas. Mas, somente após cinco décadas, em outubro 1976, foi criada a Lei nº 6.368 (BRASIL, 1976), que dispunha de medidas de prevenção e repressão sobre tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou química, mas, somente nas décadas de 1980 e 1990 surgiram pesquisas e ações referentes às drogas, através de órgãos ligados ao Ministério da Justiça (CFP 2009).

Apenas na década de 1990 foram estendidas discussões para com a sociedade como também sobre o processo de reconhecimento das diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas, um relativo avanço no sentido de imprimir um novo posicionamento além da possibilidade para a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Até 1998, o governo federal priorizava a repressão ao

tráfico de drogas em detrimento das ações de prevenção, destinando a maior parte dos recursos financeiros para a redução da oferta, estando as políticas públicas na área de drogas no âmbito federal sob a responsabilidade do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) (BRASIL, 1980), vinculado ao Ministério da Justiça. Até então, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, baseavam-se no modelo de atenção hospitalar, pelo qual se priorizava a internação em hospitais psiquiátricos. A Política Nacional Antidrogas reconhecia a diferença entre o usuário, ou dependente, e o traficante de drogas, admitindo que a dependência, antes de se configurar crime, devia ser considerada doença, precisando receber tratamento adequado.

No final de 1990, precisamente em 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas, em consequência da realização da *XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas*, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, cujas resoluções contaram com a adesão do Brasil. O então CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) diretamente vinculada à Casa Militar da Presidência da República, a qual mobilizou diversos atores e por meio de Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, instituiu a primeira *Política Nacional Antidrogas* (PNAD) do país (BRASIL, 2002d).

Em 22 de maio de 2007, por meio do Decreto nº 6.117, fica aprovada a Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007c) com o objetivo de estabelecer princípios que orientassem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo indevido dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Uma política que reconhece a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si, além da resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes segmentos sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras que requeriam a articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade. Dentre essas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, por estarem diretamente associadas aos índices de morbidade e mortalidade da população geral (BRASIL, 2007c).

Por essa razão, tornou-se urgente desenvolver medidas que coibissem o ato de “beber

e dirigir”. Com isso, em junho de 2008, foi sancionada a Lei nº 11.705, conhecida como “Lei Seca”, por ocasião da realização da *X Semana Nacional dobre Drogas*, alterando alguns dispositivos do Código de trânsito brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência, além das medidas administrativas, fica sujeito à pena de detenção de seis (6) meses a três (3) anos (BRASIL, 2008). E em 2012, por meio da Lei nº 12.760, houve nova alteração no Código de Trânsito, tornando as medidas administrativas e as penalidades mais severas (BRASIL, 2012c).

Dentre as medidas que visam à diminuição do consumo nocivo do álcool se destacam proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos e redução da tolerância dos limites de alcoolemia ao dirigir. Entretanto apesar de serem medidas importantes, carecem de fiscalização regular. Em algumas situações, o uso do álcool está associado ao contexto cultural. Neste sentido é possível que o uso entre os jovens esteja diretamente relacionado ao exemplo e até à permissividade por parte de familiares. É comum o jovem iniciar o consumo para se auto afirmar e ser aceito por um determinado grupo. Embriagar-se na tentativa de esquecer alguma situação adversa ao invés de enfrentá-la também pode estar relacionado à “cultura para o beber”. Há ainda pessoas que utilizam o álcool como uma opção de lazer na falta de alternativas esportivas, culturais ou educacionais (SÃO PAULO, 2017).

Estudo de Primo e Stein (2004) refere que no Brasil há uma associação negativa entre o nível socioeconômico (geralmente medido pela renda e nível educacional) e o abuso e/ou dependência, ou seja, quanto menor a renda e o nível educacional do indivíduo, maior o consumo de álcool. Entretanto, o estudo de Almeida-Filho e outros (2004) no Nordeste do país trouxe uma realidade inversa AP evidenciar que o contexto cultural pode influenciar o padrão do uso de bebidas alcoólicas.

Quanto ao gênero, Grittner (2012) faz referência a estudos de abrangência nacional explicitando que os homens consomem mais álcool do que as mulheres em todas as idades e são mais propensos a desenvolver em abuso e dependência, principalmente os adultos jovens (18-39 ou até 44 anos de idade). Porém, destaca um estudo de abrangência internacional que evidenciou o consumo de álcool vem aumentando gradativamente entre as mulheres, principalmente as de alto nível socioeconômico que vivem em países pobres ou emergentes. Em outro estudo com homens e mulheres de Morihisa, Barroso e Scivoletto (2007), o estado civil mostrou efeitos diferentes em homens e mulheres, ou seja, homens solteiros apresentaram maior risco para uso do álcool, enquanto que as mulheres separadas, divorciadas

e viúvas foram mais expostas ao beber pesado episódico⁸.

O uso do álcool está presente em todas as classes sociais, gêneros e idades. Todavia, uma vez que os padrões de uso são complexos e multifatoriais, é relevante a efetivação de estratégias que visam reduzir o consumo e conscientizar a população dos riscos à saúde precisam ser desenvolvidas por diversos setores da sociedade como educação, política, economia e saúde. Nesse aspecto, unem-se tratamento, prevenção, desenvolvimento educacional e social, sempre baseados em evidências científicas (SÃO PAULO, 2017).

Mesmo com dados apresentados com mais de uma década, indicadores já sinalizavam que o abuso de álcool poderia ocasionar graves consequências sociais e de saúde. O uso prejudicial de bebidas alcoólicas tem acarretado inúmeros agravos, dentre eles, acidentes de trânsito e episódios de violência associados à embriaguez, além da dependência, que é decorrente de um consumo abusivo e persistente (OMS, 2014).

Ademais, Chávez, O'Brien, Pillon (2005) explicitam que além destas consequências, podem ser atribuídos ao uso de álcool os comportamentos de risco, como o não uso de preservativos, e o número de parceiros, aspectos que colaboram para o risco de relações sem proteção e incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Ressaltamos que as suas consequências continuam onerosas para o poder público, serviços de saúde, e para a família do usuário (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2005).

Para Manguiera e outros (2015), estudos identificam a necessidade de reformulação de políticas públicas do álcool voltadas à promoção da saúde de grupos vulneráveis, como mulheres, adolescentes e indígenas. Os adolescentes são considerados um segmento prioritário das políticas públicas do álcool no Brasil, todavia notamos a necessidade do cumprimento das políticas existentes, a reorientação do modelo de atenção à saúde no contexto do abuso do álcool, por meio da estruturação e fortalecimento da rede pública de saúde, como também do esforço conjunto de governo, profissionais da saúde e comunidade em geral com vistas à promoção da saúde em virtude do contingente de crianças, adolescentes e jovens, no Brasil. Porém, a sociedade deve assumir o compromisso ético de cuidar desses segmentos. Numa perspectiva global, porquanto o descaso poderá incorrer em um custo futuro pesado para toda a sociedade (BRASIL, 2007a).

A Portaria nº 3.088 (GM MS 23/12/2011) (BRASIL, 2011) marcou o campo de cuidado do

⁸ **Beber pesado episódico (BPE)**, também conhecido como padrão de consumo *binge drinking*, termo em inglês que representa um episódio, no qual de acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), é alcançado quando, em um período de duas horas, homens consomem cinco ou mais doses de álcool e mulheres, quatro ou mais doses. Cada dose equivale a 285 ml de cerveja, 120 ml de vinho e, aproximadamente, 30 ml de destilado.

uso abusivo de álcool e outras drogas na saúde mental, consolidando a Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), definindo a RAPS como uma rede de serviços em saúde mental que desenvolve o modelo de cuidado psicossocial, por meio do trabalho intersetorial. Essa portaria definiu uma rede de cuidado específica para as questões do uso abusivo de álcool e drogas, separando-a da rede de atenção aos transtornos mentais.

A RAPS é instituída para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e tem como alguns de seus objetivos: promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas e reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas, promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária. Dentre outros componentes da RAPS e com seus respectivos pontos de atenção temos:

- Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura.

- Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

- Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde;

- Atenção Residencial em caráter transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.

- Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa.

- Reabilitação Profissional: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Assim, a RAPS busca ampliar e promover o acesso da população de forma a garantir a

articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo àqueles que sofrem com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

Na pesquisa de Lima (2003), o diagnóstico de “alcoolismo” é dificultado, na maioria das vezes, porque os profissionais de saúde não reconhecem a doença-síndrome de dependência alcoólica, até porque muitos usuários que consomem álcool de maneira abusiva ou dependente são tratados inadequadamente no sistema de saúde público e privado, sendo olhados exclusivamente, como da área da saúde mental. As complicações ocorrem nas emergências e/ou nos hospitais gerais, com doenças degenerativas graves secundárias ao abuso/dependência do álcool.

Para Ronzani e outros (2005), muitas vezes devido a descrença na possibilidade de melhora dos “pacientes” em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool, a abordagem na área de prevenção e promoção do consumo nocivo e abusivo de álcool raramente é colocada em prática nos serviços de saúde, com uma abordagem, em sua maioria, os usuários já dependentes do álcool. Contudo, de acordo com Babor e Biddle (2001), a maior parte dos danos causados pelo álcool está associada às pessoas não dependentes, apesar das pessoas com dependência do álcool terem prejuízos mais graves, mesmo porque estão em maior número.

Ainda diante dessa realidade, de acordo com Rezende (2003) e Schneider (2010), a solução é buscada através da justaposição de elementos, preconizada pela perspectiva biopsicossocial, que não enfrenta a questão da compreensão integral do sujeito e de seus problemas de saúde. Com isso, acaba colocando o usuário numa posição de vítima de si mesmo ou do meio em que vive. Para tanto numa perspectiva hegemônica, tais concepções desdobram-se nos modelos de tratamento que colocam como meta a abstinência.

Para Schneider e Lima (2011), é importante que pesquisas sejam realizadas em municípios que tenham implantado políticas municipais de saúde mental, com CAPS, CAPS AD, equipes de referência em saúde mental, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), para que sejam possíveis controlar a variável da falta de apoio especializado para as equipes de ESF e, assim verificarem, como a atenção básica nos municípios conseguem estabelecer a atenção para a problemática decorrente de uso de álcool e outras drogas.

Todavia, na pesquisa realizada por Schneider e Lima (2011) os modelos de atenção ainda estão atrelados a concepções e práticas contraditórias aos princípios do SUS, predominando um modelo assistencial biomédico e centrado na contenção de sintoma. As

ações em saúde centram-se no indivíduo e na recuperação dos agravos à saúde, ao invés de ações e estratégias que visem à promoção e à prevenção de problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. As autoras fazem referência também às dificuldades que as equipes de ESF enfrentam em relação ao atendimento desses usuários, por falta de capacitação e de infraestrutura para este tipo de atenção. E que, em virtude da não existência da RAPS e de todos os desdobramentos que ela traz como a não existência de dispositivos especializados, por exemplo, os CAPS AD, de equipes de referência em saúde mental e de ações de matriciamento, a atenção básica fica sem suporte para as ações na área.

Por conseguinte, Serpa Jr e outros (2011) ressaltam que continua sendo um desafio para os novos serviços de saúde mental cuidar das pessoas não mais como objeto/doença e sim com sujeito singular inserido nos espaços sociais, a manutenção destes serviços como espaços de produção de saúde, capazes de desenvolver modos de cuidar que incorpore a experiência humana no campo da assistência e seus itinerários terapêuticos.

A realidade até então apresentada neste estudo, mostra uma “invisibilidade” da política de saúde brasileira sobre tal problemática, reforçada na justificativa do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) ao assumir que a saúde pública brasileira não se ocupava devidamente com o grave problema dos transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas. Uma lacuna na história da saúde pública que foi se desenhando e a questão das drogas sendo deixada para as instituições da justiça, da segurança pública, da pedagogia, das benemerências e das associações religiosas.

Porém, a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, historicamente esteve vinculada ao modelo médico psiquiátrico ou religioso, com ênfase nas internações e no “pecador”, modelos que acabavam excluindo os usuários da sociedade, estigmatizando-os, e eram pautados no modelo moral, além de não contemplar essa problemática multifacetada.

A primeira iniciativa para a assistência a usuários de álcool foi efetivada no Brasil por meio do *Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool* (PRONAL) (BRASIL, 1987b), no qual temos a atenção à saúde dirigida de forma específica para essa problemática, bem como a participação de diversos profissionais da saúde na assistência ao “alcoologista” e aos seus familiares. Entretanto, esse programa só foi implementado por gestores públicos no Distrito Federal e nos estados do Amazonas, Maranhão, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul (FORNAZIER; SIQUEIRA, 2006).

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início no bojo da Reforma Sanitária, porém seu processo foi intensificado no fim da década de 1970, e início da década de 1980, foi marcado pela redemocratização do país e pela contestação do modelo de Atenção

Psiquiátrica, o que conseqüentemente, propiciou, anos depois, uma mudança na forma de atenção aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e influenciou a mudança na atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL,2005).

Em 1986, realizou-se a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) que teve como desdobramento a *I Conferência Nacional de Saúde Mental* (I CNSM), que contemplou os temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência a Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (AMARANTE, 1995).

Ressaltamos que essa *I Conferência Nacional de Saúde Mental* marca o fim da trajetória sanitarista e o início da trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção como observamos nos avanços a seguir.

Em 1987, acontece o *II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*, em Bauru, que teve a participação não apenas de técnicos, mas também de lideranças municipais, usuários e familiares, que juntos buscaram tornar a opinião pública favorável à luta antimanicomial, que adota o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005).

Uma participação importante nesse momento, o que levou o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no Brasil, em São Paulo, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Uma intervenção com repercussão nacional que a possibilitou a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Período em que foram implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento de 24 horas e criadas as cooperativas, as residências para os egressos do hospital e as associações. A experiência do município de Santos passa a ser um dos marcos no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

No ano de 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país é apresentado ao Congresso Nacional. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

Em 1990 passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, marcadas pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da

II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Neste período, as novas normatizações do Ministério da Saúde, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos (BRASIL, 2005).

A *II Conferência Nacional de Saúde Mental* (II CNSM), realizada em 1992, foi considerada como um “marco histórico no processo de transformação da saúde mental”. Uma Conferência que teve a participação de diferentes atores sociais, com debates dos seguintes temas: rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis, e direito à atenção e à cidadania (BARROS; EGRY, 2001).

Todavia, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001a), redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001a) e da realização da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Entender o caminho percorrido da Reforma Psiquiátrica se faz necessário para o entendimento da construção da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, visto que as diretrizes para uma política ministerial para tais usuários estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c); uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001a), que constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde e para todas as unidades federativas. Assim sendo, esta lei também vem a ser o instrumento norteador máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde.

Assim, com o intuito de subsidiar à *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) realizou em Brasília, em 2001, um Seminário de cunho técnico sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas, enfocando a discussão sobre a organização da rede de serviços, visando o aprimoramento constante da assistência a esses usuários.

A *III Conferência Nacional de Saúde Mental* (BRASIL, 2001b), evidenciou a (re) afirmação e (re) elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, garantindo o seu atendimento pelo Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, considerando o caráter multifatorial do uso de álcool e drogas.

As deliberações da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, foram publicadas pelo Ministério da Saúde com Portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica: Portaria GM/336 de 2002 (BRASIL, 2002b) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental – os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPS AD (BRASIL, 2004a).

Como consequência do *Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas* e da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, o Ministério da Saúde, em 2002, devido à necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e drogas, institui no âmbito do SUS, o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, por meio da Portaria GM/MS nº. 816, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002c).

A partir de 2003 se inicia uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores, então o Ministério da Saúde, e, nesse mesmo ano edita um documento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004c).

O referido documento explicita as diretrizes para uma política e para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos seus usuários, além de reforçar que os cuidados oferecidos à população que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas “devem” ser baseados em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos demais equipamentos de saúde. Tais serviços devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004c).

Os CAPS AD são as principais estratégias de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, assim como as estratégias de redução de danos. O conceito de redução de danos

vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, no campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas. Portanto, a abstinência deixa de ser o único objetivo a ser alcançado (BRASIL, 2005).

A Redução de Danos (RD) reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida, pois tratar significa também aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que se está tratando (BRASIL, 2004c).

Em 2006, foi sancionada a Lei 11.343 (BRASIL, 2006), em substituição as Leis 6.368/76 e 10.409/02, que definiam princípios e diretrizes das ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas (BRASIL, 2007a). A nova Lei contemplou os avanços possíveis, dentre eles a exclusão do cárcere para o usuário de drogas, garantindo o direito dessas pessoas e também a condição fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento na saúde pública (BRASIL, 2007a). A Lei ainda aproxima o uso pessoal de drogas de uma questão de saúde pública afastando-a do âmbito policial.

O desafio para a saúde pública a partir desta nova legislação é ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS de forma a responder às demandas da população brasileira. Assim em 2007, é lançada oficialmente a Política Nacional sobre o Álcool, com estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007) (BRASIL, 2007c).

Dentre as estratégias são incluídas a capacitação de garçons para a proibição da venda de álcool aos menores de idade e pessoas com sintomas de embriaguez, além do fornecimento de água potável gratuita nos estabelecimentos. O governo também incentivará os municípios a adotarem medidas para a restrição do horário de funcionamento de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas e proibirá a venda em postos de combustíveis localizados nas rodovias. A nova política prevê ainda, o incentivo à regulamentação e fiscalização da publicidade de bebidas alcoólicas. Porém, as ações concretas como a restrição ao horário das propagandas, estarão a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007c).

Esse decreto que estabelece a Política Nacional sobre o Álcool foi publicado no Diário

Oficial da União e estabelece a ampliação do acesso de usuários de álcool ao SUS. Além disso, prevê projetos de capacitação de agentes de saúde para atuação em comunidades indígenas e programas de prevenção em assentamentos para a reforma agrária (BRASIL, 2007c).

Considerando os pressupostos da Reabilitação Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica brasileira, a influência desse novo paradigma de atenção em saúde mental e, conseqüentemente, as políticas aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se necessário conhecer, identificar e analisar as estratégias.

Entre as propostas para fortalecer ações públicas mais efetivas foram criadas as Redes de Atenção da Saúde (RAS), previstas pela Portaria Nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, elas são estratégias para tentar superar a fragmentação do funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010). Diante de tal perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dispõe a respeito da atenção e cuidado integrado às pessoas que estão em sofrimento psíquico, incluindo usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011), fazendo parte dessa rede diferentes serviços como atenção primária, emergencial, centros de atenção psicossocial até serviços hospitalares e residenciais, bem como dispositivos para a desinstitucionalização e produção de renda.

Mediante os serviços incorporados à RAPS as Comunidades Terapêuticas (CTs) ganharam espaço como serviços de atenção em regime residencial de caráter transitório (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº. 3.088 determina que as CTs devem oferecer cuidado contínuo para adultos com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma voluntária e com um quadro clínico estável (BRASIL, 2011). Segundo a Portaria Nº. 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), que regulariza o financiamento do governo para as CTs, a internação deve durar 6 meses, podendo ser prolongado por mais 3 meses (em caráter transitório), podendo o residente interromper a permanência a qualquer momento, sempre respeitando e garantindo os direitos humanos deste como cidadão, sua autonomia e reinserção. Ainda, segundo esta Portaria, o trabalho das CTs deve ocorrer em articulação com a atenção básica (cuidados clínicos gerais) e especialmente com o Centro de Atenção Psicossocial, sendo este serviço hábil para oferecer acompanhamento especializado a essa demanda, auxiliando no planejamento terapêutico do paciente, desde a saída da CT, monitorando seu seguimento de cuidado e promovendo sua reinserção social (BRASIL, 2012a).

As Comunidades Terapêuticas devem oferecer aos pacientes contato frequente com os familiares e com os meios de comunicação, estimular situações de convívio social, respeitar a orientação religiosa não impondo a participação em atividades religiosas específicas, garantir

sigilo, promover espaços horizontalizados de discussão além de oferecer atividades individuais e coletivas visando a prevenção do uso de drogas com fundamentação técnica e científica pautada nas diretrizes do SUS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2012a).

A inclusão das CTs como parte da RAPS e a aprovação de seu financiamento, foi cuidadosamente delimitada pelas portarias citadas acima, visando garantir que esse serviço promova bem estar e reinserção social para as pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. Contudo, as CTs funcionam no Brasil há mais de 40 anos, segundo a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT, 2016).

Dado o espaço que as CTs têm na atualidade como modelo de intervenção e os apontamentos contrários a esse modelo, faz-se necessário compreender seu processo histórico no campo da saúde mental e seus desdobramentos, no sentido de uma atenção de qualidade a enfermidade da síndrome de dependência do álcool.

2.2 DA SINDROME DE DEPENDENCIA DO ÁLCOOL DAS PESSOAS NO PROCESSO DE ADOECIMEMNTO E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Um dos primeiros estudos sobre a experiência da enfermidade foi desenvolvido por Parsons em 1951 e Alves em 1993, considerado naquele momento histórico um desvio, sendo analisado como um resultado da interrelação determinada por direitos e deveres, entre o doente e o terapeuta. Esse indivíduo, assumindo-se como enfermo (*sick role*) desde que procure ajuda competente e coopere com o tratamento indicado, passa a não ser mais considerado responsável pelo seu estado e fica legitimamente isento das obrigações sociais normais. A enfermidade também é uma realidade social, e não somente um estado de sofrimento.

Mesmo com críticas à teoria de Parsons, ela abriu um espaço significativo para os estudos que procuram analisar os meios pelos quais os indivíduos e grupos diferem entre si em suas respostas para a doença. Principalmente na década de 1960, pesquisas realizadas nos Estados Unidos, procuraram mostrar que grupos sociais, como judeus e italianos, assumiam o “papel de enfermo” de formas diferenciadas. Na literatura especializada, tais estudos constituem o que se denomina “comportamento do enfermo” (*illness behaviour*). Um dos primeiros teóricos a iniciar os estudos sobre essa temática, Mechanic (1995), considerou o termo “comportamento do enfermo” o processo pelo qual (1) a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados; (2) a ajuda é requisitada; e (3) o regime de

vida é transformado. Tais estudos, portanto, estavam dirigidos para o entendimento de como os sintomas são percebidos e avaliados por diferentes grupos ou tipos de pessoas em diferentes situações sociais. Dois grandes modelos são encontrados nesses estudos: o individualista e o coletivista

Segundo Alves (1993), o processo saúde doença tem sido objeto de muitos estudos contemporâneos, os quais tem demonstrado que as redes sociais definem a forma como a doença é compreendida, expressada e vivida pelos sujeitos, além de informar como os tratamentos são avaliados, experimentados, modificados, aceitos ou abandonados, revelando, assim, a importância da mudança de olhar dos profissionais de saúde sobre a participação dos usuários no processo de produção do cuidado e especificamente o seu itinerário terapêutico nesse processo.

Desse modo, adotamos como definição de itinerários terapêuticos (IT) as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes sob a forma de redes sociais formais e informais - e da resolutividade obtida. Destacamos que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição (GERHARDT et al., 2009).

De acordo com Pinheiro e outros (2016, p.13) o tema itinerários terapêuticos vem sendo utilizado, há quase duas décadas, “como constructo teórico-metodológico em investigações sobre doenças, sofrimento, aflições e perturbações de pessoas em situações concretas de adoecimento”.

A reconstituição desses itinerários poderá ajudar-nos a analisar os caminhos e estratégias adotadas pelas pessoas adoecidas e seus familiares na sua experiência de busca por cuidados, fornecendo subsídios para gestores e profissionais de saúde repensarem o processo de trabalho, a gestão e o planejamento em saúde.

Por conseguinte,

os itinerários terapêuticos como ferramenta teórico-metodológica para análises sobre rede sociais de cuidado de atenção à saúde, demonstrando como as práticas em saúde podem ser compreendidas, a fim de deslindar o pluralismo terapêutico das intervenções e a diversidade das demandas por cuidado. Além disso, apostamos também no seu potencial em tensionar práticas e noções construídas no campo da saúde acerca das experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e

escolhas terapêuticas, dentre outras, por meio de estudos de situações concretas que possam se aproximar da integralidade do cuidado em saúde (PINHEIRO et al., 2016, p.18).

Ademais, os “[...] estudos acerca dos itinerários terapêuticos podem representar novas possibilidades para a apreensão e compreensão dos comportamentos concernentes aos cuidados com a saúde” (PINHO; PEREIRA, 2012, p. 9).

O estudo sobre itinerários terapêuticos de acordo com Mângia e Yasutaki (2008) retratam a importância da experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e as escolhas dos caminhos presentes nessa situação. Ademais, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde a compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos.

Existem diversas explicações e definições sobre o conceito de itinerários terapêuticos, porém Mângia e Yasutaki (2008) referem a sua complexidade pela polissemia, o que pode produzir um reducionismo do fenômeno à interpretação meramente explicativa.

Todavia, para Alves (2015, p.30),

O itinerário terapêutico (IT) é um dos conceitos centrais nos estudos sócio-antropológicos da saúde. Trata-se de um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição. Ao longo da história das ciências sociais, esse conceito tem recebido rótulos diferentes, como *‘illness behavior’*, *‘illness career’* e *‘therapeutic itineraries’*. Cada uma dessas expressões põe ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições.

Na década de 1960, segundo Alves e Souza (1999) os antropólogos, muitos deles médicos com pós-graduação em Antropologia, reconheceram a importância da dimensão simbólica no processo da doença e procuraram desenvolver uma Antropologia que contribuísse para a prática clínica. E, por isso, passaram a sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos, na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis. Atualmente o mais utilizado entre elas, é o modelo proposto por Kleinman, aquele conceito de sistema de cuidados com a saúde (*health care*) direcionado para uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados a saúde e doença e aos cuidados tais como decisões concernentes ao tratamento, às práticas terapêuticas, às experiências dos sintomas, aos modelos específicos de conduta do doente e a avaliação de resultados.

Para Kleinman (1978), a enfermidade é vivenciada dentro de três arenas (ou subsistemas) sociais, contidos na maioria dos sistemas de cuidados com a saúde, tais quais, o profissional, aquele constituído pela medicina científica, pelas profissões paramédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados; o folk, representado pelos especialistas “não oficiais” da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros e o popular, elaborado culturalmente pelo campo leigo, não especializado da sociedade com ações como automedicação, conselho amigo, assistência mútua entre outras e é justamente na arena popular que a maior parte das questões ligadas à cuidados, tratamento com a doença são inicialmente resolvidas.

Ademais os autores enfatizam que o conceito de “modelo explicativo” foi desenvolvido por Kleinman para entender as relações entre as diferentes arenas e as práticas se processam no interior de cada setor. Como por exemplo, os modelos explicativos populares que se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de um certo grupo. O modelo explicativo sobre o que é saúde, adoecimento e suas formas de solução, representa um elemento essencial que determina os itinerários terapêuticos.

Outrossim, Cabral e outros (2011) ressaltam que os conceitos de Modelos Explicativos e Sistemas de Atenção à Saúde desenvolvidos por Kleinman (1978), apesar de não haver um consenso eles ocupam em seu estudo sobre revisão da produção científica desenvolvida no Brasil nos últimos 20 anos, uma relevância na explicação dos comportamentos de procura de cuidados e dos itinerários percorridos. No entanto o estudo de Gerhardt (2006), assim como o de Alves (1993) convergem em relação à crítica ao conceito de Modelos Explicativos ao considerarem que ele apresenta caráter muito mais explicativo do que interpretativo e termina por reduzir as ações dos indivíduos à lógica inerente a tais modelos, apesar da influência da hermenêutica na sua concepção.

Porém, Conil e outros (2008) exemplificam que no caso do alcoolismo, especificamente, há um espectro de percepções que vai desde a dificuldade ou inexistência de problematização pelos usuários, familiares e pelos grupos com os quais eles se relacionam até a definição da situação como doença. Entre esses dois polos existem diversas nuances que envolvem uso nocivo do álcool no conjunto das dificuldades cotidianas desde a família como a problematizadora inicial até o *locus* do profundo sofrimento pelo qual passam muitos dos usuários nas fases iniciais da doença.

Os autores referiram também que o itinerário dos casos mostra um longo percurso, identificando a utilização dos três subsistemas de atenção à saúde: o informal, aquele em que

o problema é identificado pela família, amigos e trabalho, com inclusive alternativas de auto ajuda como a instituição dos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA); o popular, que consiste na assistência espiritual e em comunidades terapêuticas ligadas a grupos religiosos; e o subsistema profissional, com consultas para legalizar faltas, consultas a clínicos, consultas com profissionais de saúde mental, internações para desintoxicação.

Nessa linha de cuidado foi identificado uma entre o sistema informal e o sistema profissional, o que traduz a ideia de que é preciso uma maior transversalidade social e interdisciplinar na compreensão e na busca de ações efetivas na promoção à saúde e na prevenção com detecção precoce dos usos de risco de álcool, com ou sem dependência.

Entretanto, entendemos que é necessária a efetivação de políticas integradas de saúde, assim como, a responsabilidade da ação governamental, do SUS e da sociedade, até porque concordamos com Sonza e outros (2013) que a promoção à saúde não deve ser vista como questão restrita ao campo biomédico, apesar da relevância do trabalho desenvolvido no CAPS AD e as Unidades Básicas de Saúde com os usuários e familiares.

3 METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2011, p. 14) a metodologia refere-se ao “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade dos pesquisadores com suas experiências, capacidade pessoal e sensibilidade.

Deste modo, percebemos que a nossa atuação como pesquisadoras e com nossas particularidades foram essenciais no processo de pesquisa. No entanto, seguindo Minayo (2007, p.45), tivemos necessidade de mobilizar os elementos da nossa subjetividade durante o processo de investigação. Por isso, reforçamos que algumas particularidades não foram ignoradas como os valores, o potencial criativo, a observação e a vontade de pesquisar que caracterizam o processo metodológico da pesquisa, a “criatividade do pesquisador”.

3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo do tipo exploratório, pois permitiu responder questões particulares que não poderiam ser apreendidas por outros métodos. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser medida, quantificada, mas que é significativa para as Ciências Sociais. Caracteriza-se por abordar questões relacionadas às singularidades do campo e indivíduos investigados. Além disso, Minayo (2011) complementa que tal abordagem pode nos possibilitar a incorporação de questões relativas aos significados e às intencionalidades como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, enquanto significativos para as construções humanas.

Diante desta compreensão, comungamos com Deslandes e Assis (2002), ao reforçarem que a abordagem qualitativa tem como característica uma aproximação dos pesquisadores com a realidade do objeto a pesquisar, na medida em que como pesquisadores buscamos nos inserir no seu cotidiano e nos cenários pesquisados. Portanto, foi uma oportunidade que nos facilitou uma maior intimidade com a realidade, numa interrelação com os participantes envolvidos na ação social, contribuindo na produção dos “novos” /outros conhecimentos.

Além do mais, tivemos clareza que a pesquisa qualitativa trouxe uma variedade de perspectivas sobre o objeto, persistindo na realidade concreta e subjetivas a ele relacionadas, considerando os sentidos e significados sobre o processo saúde doença e o itinerário terapêutico das pessoas em uso problemático de álcool devido as diversas perspectivas e

contextos sociais a eles relacionados, conforme afirma Flick (2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Irecê – BA, situado a 478 km da cidade de Salvador, na zona fisiográfica da Chapada Diamantina Setentrional, abrangendo toda a área do Polígono das Secas, apesar de pertencer à bacia do rio São Francisco. Ocupa posição de status por ser a maior cidade da microrregião, tendo a maior população, além de ser a mais evoluída tecnologicamente. A microrregião de Irecê é composta por 19 municípios, com a área total da região é de 17.379.725 km², abrangendo uma população de 391.940 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE 2010).

De acordo com dados do IBGE (2018) foi estimada para o município de Irecê em 2018 uma população de 72.386 habitantes. Dados extraídos do Tribunal de Contas da União (TCU), constam que 92.2% da população reside na zona urbana e 7,8% na zona rural. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Irecê (IRECÊ, 2014) estimam que o número de mulheres é superior ao de homens, o que reforça a necessidade de ampliação dos serviços voltados para a mulher (IRECÊ, 2014). O município de Irecê apresenta IDH de 0,691 (IBGE, 2010).

A cidade de Irecê caracteriza-se como sendo polo de uma região que abrange 28 cidades sendo uma das cidades mais prósperas na área de comércio e serviços no Estado. No setor industrial se destacam fábricas de móveis, confecções, gráficas, abatimento de frangos e fábricas no ramo de laticínios e doces. Seu comércio é reconhecido no cenário estadual. A cidade é o centro da região com centenas de lojas de todos os segmentos e grupos empresariais. Está passando a ser conhecida também como polo de vestuário, onde muitos comerciantes locais tornaram-se atacadistas e varejistas, alavancando assim a economia do município (IRECÊ, 2014).

O município de Irecê, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (IRECÊ, 2014) foi inserido no processo da municipalização da saúde em 1997, adotando naquele momento a gestão plena da atenção básica e desde 2001 o município se encontra habilitado na gestão plena do sistema municipal. De acordo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia, previsto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) /SUS, o Município de Irecê foi definido Sede de Módulo Assistencial e Sede de Microrregião Assistencial de Saúde. O Sistema de Saúde de Irecê atualmente é regido pela forma de Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a NOAS/2002, aprovada pela Resolução 001/2001, publicado no Diário Oficial do Estado da Bahia, em fevereiro de 2001.

A respeito dos serviços de saúde, o município possui uma rede de saúde constituída por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), uma unidade ambulatorial de saúde mental inserida no serviço de especialidades. Quanto à atenção à saúde de média complexidade, possui um centro de especialidades médicas e multiprofissional, um Centro de Especialidades Odontológica (CEO) e 49 clínicas privadas. No que diz respeito à alta complexidade, há apenas um hospital estadual de referência regional, administrado por uma organização social, sob gestão indireta da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), considerado referência em serviços de saúde de média e alta complexidade para mais de 700 mil habitantes com abrangência de 38 municípios da região (IRECÊ, 2014) com as seguintes características: é um hospital que presta atendimento de urgência e emergência nas áreas de Cirurgia geral, Clínica Médica, Obstetrícia, Ortopedia/traumatologia, Bucomaxilofacial e Pediatria. O complexo dispõe de 120 leitos, distribuídos em cirurgia geral; clínica médica, obstétrica e pediátrica; unidade de terapia intensiva (UTI) adulto e pediátrica e unidade intermediária neonatal.

Em relação do Serviço de Atendimento Emergência e Urgência o município possui uma central de regulação regional do SAMU, uma unidade móvel pré-hospitalar básica e uma unidade móvel pré-hospitalar avançada e um componente da unidade pré-hospitalar fixa (UPA). Oferece em sua rede de Assistência à saúde o serviço de atenção básica, com 21 equipes de saúde da família (EqSF), representando 100% de cobertura no município, dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (IRECÊ, 2014).

As pessoas com transtorno mental em Irecê são assistidas em atendimento especializado, apenas em consulta médica psiquiátrica. Conta com equipamento pertencente ao Componente de Atenção Especializada (CAPS II), atendendo apenas aos usuários residentes na cidade. As ações de saúde mental na atenção básica são inexistentes. O modelo de assistência é ambulatorial focado no tratamento medicamentoso. Por não possuir o CAPS AD⁹ nos casos de dependência de substâncias psicoativas, a equipe busca apoio na Comunidade Terapêutica Maanaim (Ministério de Restauração) que presta assistência há 24 anos no município de Irecê para encaminhamento daqueles que aceitam o tratamento naquele espaço (IRECÊ, 2014).

Os campos propriamente ditos desta pesquisa foram o CAPS tipo II pois não se encontra em funcionamento o CAPS AD: a unidade de saúde da família (USF) Antônio Diniz, localizada no bairro Boa Vista, selecionada por representar uma das unidades de saúde da

⁹ A Portaria nº 625, publicada em 23 de abril de 2014, habilita a construção de um CAPS AD III, uma unidade de acolhimento adulto e infantil, porém as obras ainda não foram concluídas (BRASIL, 2014).

família mais populosa, localizada em área periférica, com 4.317 usuários cadastrados; e a comunidade terapêutica G. Livre Maanaim, uma Organização da Sociedade Civil (OSC) sem fins lucrativos, atuante desde 1993 no Território de Irecê, com abrangência em 20 municípios. De acordo com o documento sobre essa comunidade terapêutica (IRECÊ, 2014) tem como objeto social a oferta de serviços de assistência e acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em residências coletivas. Realiza também trabalho de prevenção nas escolas, universidades e empresas, promoção de fóruns de políticas sobre o álcool e outras drogas, ‘chamando’ a sociedade e os poderes públicos à reflexão e elaboração de ações práticas sobre a problemática.

A Comunidade, sediada em zona rural, terreno de 19,32 hectares, situado a 6 km da sede do município; tem sede própria com poço tubular com 30 mil l/h de vazão, reservatório de água com capacidade para 365 m³, reservatório para irrigação com capacidade para 300m³, instalações e equipamentos agropecuários, estabeleceu parcerias estratégicas que podem possibilitar um atendimento de qualidade aos usuários, além de dispor de infraestrutura física e equipe técnica para o desenvolvimento das atividades, agrícolas, piscicultura, caprinocultura, agricultura irrigada, avicultura e outras atividades afins que servem de suporte para o acolhimento dos usuários no desenvolvimento da laborterapia o que contribui decisivamente para o processo de recuperação e reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho, dentro da área chamada de Fazenda Maanaim.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS

Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista narrativa (APÊNDICE A) por possibilitar entender e situar a saúde/doença no contexto social e ambiental em que as pessoas vivem (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010), por permitir ir além da transmissão de informações ou conteúdo, fazendo com que a experiência seja revelada, ao envolver aspectos fundamentais para a compreensão, tanto do sujeito entrevistado individualmente, como do contexto em que está inserido (MUYLAERT et al., 2014).

Para tais autores ao romper com a tradicional forma de entrevistas baseadas em perguntas e respostas, a entrevista narrativa revela-se, enquanto técnica para realizar investigações qualitativas, com o propósito de gerar dados capazes de produzir conhecimento científico comprometido com a apreensão fidedigna dos relatos e a originalidade dos dados apresentados, uma vez que pode oportunizar o aprofundamento

das investigações, combinar histórias de vida a contextos sócio históricos, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam (ou justificam) as ações dos participantes.

De acordo com Lira, Catrib e Nations (2003), no âmbito da Antropologia Médica, a entrevista narrativa tem sido utilizada como técnica de pesquisa como forma de acesso e de reconstrução da experiência de adoecer. Sua utilização em pesquisas com pessoas com doenças crônicas, como um processo de análise, traz a doença como o rompimento da normalidade.

Por conseguinte, antes de iniciarmos a pesquisa de campo, realizamos a aproximação com os profissionais da unidade de saúde da família (USF) Antônio Diniz, do CAPS II e da Comunidade Terapêutica Maanaim em reunião específica para tal, com objetivo de explicar e discutir a pesquisa, destacando objetivo, metodologia, risco e benefício.

As entrevistas audiogravadas foram realizadas entre os dias 16 a 19 de janeiro de 2018, com a duração total de 3 horas, 50 minutos e 61 segundos; média de aproximadamente 18 minutos por entrevista gravada, realizadas nos períodos matutinos e vespertinos, em consultórios reservados no CAPS e, na comunidade terapêutica MAANAIM, sala reservada no próprio serviço destinada para tal, pela coordenação/direção das instituições, a fim de garantir a privacidade, em horário combinado, como também em três residências dos participantes localizadas na área de abrangência da equipe saúde da família, apresentada na oportunidade acompanhada pela agente comunitária de saúde que nos conduziu até o local, em virtude da escolha desses participantes considerarem mais confortável e sentirem mais à vontade e confiante em respeito da sua privacidade.

Ao iniciar a entrevista, realizada individualmente, mais uma vez demos explicações sobre a pesquisa para minimizar a apreensão e criar certa confiança entre a pesquisadora e os participantes – vínculo, durante a conversa. Ressaltamos que os participantes após o aceite de autorização para participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

Nas narrativas, para preservar a identidade do participante e garantir o anonimato, usamos um pseudônimo por ele escolhido. Além disso, durante a narrativa por tratar de aspectos que poderiam provocar lembranças de algum sofrimento, tristeza, choro e demais emoções/sentimentos garantimos a interrupção da participação no momento em que o participante desejasse.

As entrevistas foram gravadas em aparelho gravador digital para favorecer a

transcrição na íntegra, sendo transcritas no mesmo dia da entrevista. As transcrições foram guardadas em CD e arquivadas Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) ficando durante cinco anos quando posteriormente serão destruídas.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram participantes da pesquisa, as pessoas com uso problemático de álcool, selecionadas pelos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, a partir de 18 anos de idade, excluindo aqueles que apresentaram limitação cognitiva para realizar a entrevista, ou seja, aquelas pessoas que estavam no momento sonolentas, torporosas, sem articulações coerentes das falas para responderem as questões durante a entrevista.

Considerando-se que na pesquisa qualitativa não se preocupa, a priori com uma representação numérica, uma vez que a finalidade não é apenas quantificar opiniões, e sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um contexto (FRASER ; GONDIM, 2004). Portanto, o critério considerado neste processo de escolha não foi numérico, uma vez que a amostragem seguiu o critério de saturação teórica a partir de um determinado conjunto de respostas sobre o objeto em questão que passaram a ser repetitivas a partir do 10º participante, mas continuamos a coleta até o 13º quando vimos que já haviam sido valorizadas e exploradas (MINAYO, 2007), uma vez que

Em um ambiente social específico, o espectro de opiniões é limitado, pois a partir de um determinado número de entrevistas percebe-se o esgotamento das respostas quando elas tendem a se repetir e novas entrevistas não oferecem ganho qualitativo adicional para a compreensão do fenômeno estudado. (FRASER; GONDIM, 2004, p.147).

Os participantes são apresentados no quadro 1, a seguir:

QUADRO 1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL, PARTICIPANTES DESTES ESTUDO. IRECÊ/BA, JAN.,2018.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Nome (Fictício)*	Viviane	Antaro	Alex	João	Del	Tirão	Breno	Pedro	Fernando	Maria Santa bárbara	Pedro Venturini	Quixaba da silva	Maria
Idade	36	47	22	49	43	40	31	38	38	62	66	67	53
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Local de nascimento	Irecê-BA	São José de Caiana - PB	Irecê-BA	Barra do Mendes BA	Rui Barbosa-BA	Afogados da ingazeira - PE	Tapiramutá-BA	Barra do Mendes-BA	Salvador-BA	Juazeiro-BA	Paraná	São José do Belmonte - PE	Canarana BA
Estado civil	Solteira	Casado	Solteiro	Casado	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro	União estável	União estável	Casado	União estável
Raça/cor*	Preta	Moreno	Moreno claro	Moreno claro	Cafuso	Branco	Pardo	Moreno claro	Moreno	Cabocla	Moreno	Moreno	Morena
Escolaridade	2º grau completo	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	Ensino médio completo	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	2º grau incompleto	Primeiro grau completo	Primeiro grau completo	Primeiro grau	Alfabetizado	1ª série alfabetizado	2º série - 1º grau
Religião	Assembleia de deus	Católico	Católico	Evangélico (presbiteriana)	Católico	Acredita em deus	Católica	Acredita em deus	Evangélico	Católica	Católico	Católico	Católica
Número de filhos	3	3	-	2	-	0 (morreu com 1 mês e 10 dias)	-	4	2	4	6	10 filhos, 5 morreram	7 (morreram 2, 5 filhos vivos)
Contexto familiar	Separou três vezes, porém, filhos do mesmo pai	Bom convívio, foi casado 08 vezes	Pai, mãe e 04 irmãos	Casado com filhos	Pai, mãe e 11 irmãos	Mora sozinho desde os 14 anos (até essa idade a avó cuidou)	Mora com avós desde pequeno	Mora sozinho, mãe faleceu quando tinha 9 anos (pai matou) sua tia criou	Família adotiva até os 16 anos	Mora com dois filhos, esposo e um neto	Mora com esposa e 2 filhos	Boa relação familiar	Segundo casamento
Amizades	Pai e mãe	Deus	Conhecidos, amigo só a mãe	Sim, porém a bebida atrapalhou	Possui amigos	Amizades de verdade é difícil	Poucos amigos, até para beber, bebe sozinho	Tem amigos	Tinha, hoje não mais	Tenho amigos	Muitos amigos	3 amigos	Tem amigos
Relações afetivas	Namorado faleceu, pai, mãe e filhos	Família de 09 irmãos, somente 02 vivos	Já morou junto com uma namorada.	Bom ciclo de amizades	Colegas de bebedeira	Colegas, morou junto por 10 anos e separou por conta do álcool	Não tem namorada	Já morou junto por 3 anos	Sem relações				Cuidar da casa, conversar com amigos

*Auto denominado pelos participantes.

Como vemos no Quadro 1, participaram da pesquisa 13 usuários com uso problemático de álcool, com idades entre 22 e 67 anos, com uma média de 45,5 anos, sendo 10 homens e três (3) mulheres. Quanto a naturalidade nove (9) nasceram na Bahia, dois (2) em Pernambuco, um (1) na Paraíba e um (1) no Paraná. Em relação raça/cor, cinco (5) se declararam morenos, três (3) morenos claros, um (1) pardo, um (1) preto, um (1) cafuzo, um (1) caboclo e um (1) branco, quanto ao estado civil, três (3) são casados, três (3) em união estável e sete (7) solteiros. A escolaridade variou de alfabetizado a ensino médio completo. Dos 13 participantes, oito (8) são católicos, três (3) são evangélicos e dois (2) relataram acreditar em Deus. Quatro não possuem filho; os demais de dois (2) a dez (10) filhos, uma média de 3,2 filho por participantes. O contexto familiar cinco (5) encontram-se casados, três (4) mora com pai, mãe, avós e irmãos, quatro (4) moram sozinhos. Quanto à amizade, sete (7) relatam possuir amigos, dois (dois) relatam que pai e mãe é que são seus amigos, um (1) relata que seu amigo é DEUS, três (3) relatam que não tem amizade.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise ou tratamento do material empírico procura ultrapassar incerteza, integrar novas descobertas e enriquecer a leitura, através da articulação do material empírico com o teórico “no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, ideias e valores, e na ação particular, coletiva e social” (OLIVEIRA, 2007, p. 51).

Ainda, de acordo com Minayo (2011), o método de análise de dados visa analisar, compreender e interpretar um material qualitativo com a finalidade de penetrar nos significados que os sujeitos sociais compartilham na vivência de sua realidade.

Adotamos como método de análise de dados desta pesquisa a análise de narrativas de Schütze (2011), a qual foi operacionalizada em seis passos, descritos a seguir:

Como 1º passo realizamos a transcrição detalhada de alta qualidade do material verbal. Esse foi um processo prolongando, em virtude da dificuldade em realizar a transcrição devido o volume do áudio baixo em alguns momentos além da presença de ruídos do ambiente. Durante a entrevista, houveram momentos de pausa pelo entrevistado, marcado pela emoção de narrar e relembrar a história de experiência da enfermidade ocasionada pelo uso problemático do álcool e suas consequências, momentos esses em que respeitamos o tempo e a vontade do entrevistado para retornar à narração. Destacamos que também, no decorrer do processo, das transcrições das narrativas, essa emoção foi vivenciada por nós mediante as histórias de vida narradas, marcadas pelas lembranças do sofrimento do usuário problemático de álcool.

Em seguida, no 2º passo, fizemos uma divisão do texto em material indexado e não indexado. As proposições indexadas são aquelas que têm uma referência concreta a “quem fez o que, quando, onde e por que”. As preposições não indexadas diferem-se as observações sobre os acontecimentos, definidos com questões relacionadas a sentimentos, opiniões ou juízos de valor construídos ao longo da vida do usuário, desde o motivo que os levaram à beber até os sentimento de vivenciar a experiência da enfermidade em decorrência do uso abusivo do álcool. A descrição, como esses acontecimentos são sentidos e experienciados, aos valores e opiniões ligadas a eles, e as coisas usuais e corriqueiras são considerados como a dimensão descritiva, isto é, o modo como os usuários agem perante determinado evento e como expressam valores relacionados a ele. Já o modo como os usuários refletem e opinam sobre diferentes acontecimentos, é chamado de dimensão argumentativa. A argumentação se refere a legitimação do que não é aceito pacificamente nas histórias e as reflexões em termos de teorias e conceitos gerais sobre os acontecimentos.

Nos quadros 2 a 14 explicitamos, sinteticamente, os elementos indexados e não indexados, a seguir:

QUADRO 2 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Viviane (CAPS)	<p>É de uma família de oito irmãos; três deles já morreram. Um dos seus irmãos agrediu sua mãe, que é cega, ao tentar ter relação sexual com a vizinha da sua mãe, ao ouvir os gritos, ela foi ver o que ocorreu. Ao chegar na casa de sua mãe, a moça foi embora correndo, e seu irmão com raiva a agrediu com violência, dando-lhe uma pancada na cabeça. Os irmãos que estavam bebendo, chegaram e chamaram a polícia.</p> <p>Após essa agressão na cabeça, relata que começou a apresentar crises, ouvia vozes, não lembrava de nada. Não cuidava dos filhos, nem de si, assim como da sua casa. Relata ter dificuldade de viver.</p> <p>Durante as bebedeiras corria atrás, dizendo que ela não precisava passar por isso, as pessoas na rua começaram a perceber que ela estava com problemas, fazendo com que sua mãe a levasse ao CAPS.</p> <p>No CAPS, começou o tratamento e a tomar a medicação.</p> <p>Tem 6 meses que parou de beber, e que raramente toma um copo de cerveja, mas não bebe mais para embriagar-se.</p> <p>E que atualmente só procura atendimento na UPA quando tem dor de cabeça, que após a pancada, às vezes, sente dores intensas.</p> <p>Seu primeiro contato com a bebida foi depois do nascimento da filha mais nova, nas festas de São João, em companhia das amigas. Sua infância e de seus irmãos foi marcada por um pai “alcoólatra” (sic).</p> <p>A bebida só tornou um problema para Viviane, quando iniciou o tratamento no CAPS, ao associar a medicação com a bebida alcoólica. Ela relata que não passava mal na rua, só quando chegava em casa e sua família, mesmo aborrecida com a situação, à levava para a UPA.</p> <p>Relata que nunca procurou atendimento para uso abusivo do álcool e que sempre foi levada por amigos ou familiares ao hospital.</p> <p>A UPA e o CAPS foram os serviços que a ajudaram no tratamento quando precisou. Relata também que uma vez foi ao centro espírita, levada pela sua ex-patroa, e lá falaram que ela era para ser “médiun”, e que ao invés de ser tratada, ela tinha que</p>	<p>Destaca que não tem dificuldades em ser acompanhada pelo CAPS e que tem um bom relacionamento com o médico psiquiatra e com a equipe, com isso voltou a ter noção do tempo, noção da vida, voltando à cuidar de si e dos filhos.</p> <p>A sua família tem um papel importante para o seu tratamento, Hoje ele tornou-se evangélico e não bebe mais, e sua mãe é cega, em função do glaucoma.</p> <p>Quando é levada ao hospital por outras pessoas, para atendimento diante das consequências da bebida, ela sente falta de amor próprio, desprezo e falta de respeito por ela mesmo, falta de equilíbrio. Ainda mais sendo mãe de três filhos. Mas que não se arrepende de ter bebido.</p> <p>Viviane narrou que por vontade de sentir o gosto da bebida começou a beber, não foi influenciada por ninguém. Antes não tomava a medicação corretamente para beber. E que agora não bebe mais porque está fazendo o tratamento e tem família e filhos para cuidar.</p> <p>Percebeu isso depois que recebeu os conselhos da família, e de toda a equipe do CAPS.</p> <p>E decidiu com a ajuda da família e por vontade própria, parar de beber. Mas sua mãe, por ser evangélica, não a deixou continuar indo ao Centro Espírita, mas ela havia gostado de lá.</p> <p>Com a saída do seu esposo de casa considera sua vida boa, porque ele não a respeitava, batia e não tratava bem os filhos.</p> <p>Quando bebia, ela teve a experiência ruim que foi a morte do seu irmão, que pediu seus remédios para ajudar a dormir, só que ele tomou 10 comprimidos e estava alcoolizado, com isso morreu (sic).</p>	<p>Eles alertaram que se ela não parrasse de beber não teria condições de cuidar dos meus filhos, que quando colocasse álcool na boca lembrasse dos filhos. Sua mãe sofreu muito porque as brigas eram constantes e seu pai batia nela e nos filhos.</p>

	tratar as pessoas.		
--	--------------------	--	--

**QUADRO 3 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS
DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.**

ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Antaro (CAPS)	<p>47 anos, casado, começou a beber com 13 anos, estava apaixonado e a namorada terminou com ele.</p> <p>Relata que seu vício é a bebida, e que às vezes fuma cigarro tipo Coringa.</p> <p>Aos 31 anos, quando estava trabalhando de ressaca, ao descer uma escada, estava desorientado, voltou pra casa e depois disso só ficou deitado em uma cama, andando através de cadeira de rodas, dependendo dos outros para tomar banho, se locomover e se cuidar. Estava bebendo muito nesse período, não se alimentava direito, sentindo-se fraco, o corpo não respondia ao comando chegando a desenvolver “depressão” (sic).</p> <p>Sua mãe o levava frequentemente aos hospitais da região para ficar internado, melhorava e depois piorava novamente, sentia-se muito fraco. A sua mãe cuidou dele nesse período e deu muitos conselhos, sua esposa também pediu que parasse de beber.</p> <p>Sua mãe o levou ao consultório do médico psiquiatra, que passou uma medicação e começou a melhorar, voltando a cuidar de si, tomando banho, se alimentando, voltando para as atividades.</p> <p>Ficou 5 meses no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) em Salvador, por um problema o qual, segundo ele, “foi julgado injustamente”. Nesse período, diante das circunstâncias, foi quando tomou a medicação corretamente e se alimentava “direito” (sic).</p> <p>Ao retornar para Irecê, Antaro ia ao CAPS para pegar a medicação prescrita pelo médico, depois começou o tratamento no CAPS.</p> <p>A equipe saúde da família aonde ele mora, só realizava atendimento domiciliar quando a medicação que tomava “fazia mal”, não realizavam visita rotineiramente, somente o agente comunitário de saúde.</p> <p>Ele refletiu e diminuiu o consumo.</p> <p>Não consegue parar de vez porque sente tremores e o corpo sente falta por isso ainda consome pequenas doses de álcool.</p>	<p>Relata não ter sido influenciado por ninguém, e que pela desilusão amorosa, chegou em uma boate e pediu para encher o copo, assim começou a beber.</p> <p>O uso excessivo do álcool lhe trouxe muitos problemas, já foi roubado, já foi violentado. Já foi casado oito vezes, a primeira esposa aceitava que chegasse em casa bêbado, mas a atual esposa não aceita, se ele chegar em casa bêbado, não pode ficar.</p> <p>O consumo excessivo do álcool foi o motivo das separações. No entanto, uma das ex-esposas também era “alcoolista” e chegou a falecer (sic).</p> <p>Percebeu que o consumo excessivo do álcool estava trazendo problemas aos 31 anos, quando estava trabalhando.</p> <p>Nesse período do adoecimento o sentimento relatado é que se fosse para ficar em um hospital do jeito que estava preferia morrer. Chegou a pedir a Deus para tirá-lo dessa situação, “mas que a resposta de Deus é que não tinha chegado sua hora”.</p> <p>A sua mãe orientou que procurasse um rezador, também para ajudá-lo e que graças ao rezador ele voltou a andar. Hoje se sente bem melhor, digno de respeito, e que também do respeito das pessoas. Ele destaca que todo mundo o considera, que tem amizade de rico e pobre, as pessoas falam com ele e que recebe ajuda.</p> <p>Relatou que as pessoas o aconselharam a procurar uma igreja e pedir força a Deus para sair dessa situação, foi então que ele começou a frequentar a igreja Assembleia de Deus, mesmo sendo católico.</p> <p>Uma das suas dificuldades durante o tratamento foi não querer tomar a medicação. Porque queria continuar bebendo e não tomando remédio. Então trocou o comprimido pela injeção. Tem vontade de cuidar da filha, que está com uma prima porque a mãe dela morreu. Ele está impedido judicialmente de cuidar dela.</p> <p>O CAPS o faz “sentir no céu”, e</p>	<p>Sente vontade de chorar, porque sofreu muito, por depender do cuidado de outras pessoas, por não poder subir em escada, do qual depende o seu trabalho, não poder andar a cavalo. E que hoje o sentimento é de felicidade pela experiência vivida.</p>

		representa sua família, já que seus pais morreram. E sua mãe o deixou encaminhado.	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------	--

**QUADRO 4 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS
DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.**

ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Alex (CAPS)	<p>22 anos, começou a beber com 17 anos, em festa, e tornou-se “vício desde a primeira dose, passou a beber todos os dias” (sic).</p> <p>É fumante. Percebeu que a bebida em excesso tornou-se um problema quando ficou com os braços imobilizados.</p> <p>Faz tratamento para transtorno temporário, e toma medicação desde a sua infância.</p> <p>Por três vezes ficou internado; “já teve convulsão pelo excesso do consumo de álcool, por não se alimentar” (sic). Foi atendido pelo SAMU que o encaminhou ao Hospital; foi à UPA também em uma das vezes.</p> <p>Sua mãe o levou ao CAPS para tratamento do transtorno temporário.</p>	<p>Quando ele bebia ficava agitado, andava pelas ruas para cima e para baixo, conversava sozinho. Percebeu que o corpo apresentava tremores, as mãos. Vomitava após o consumo da bebida.</p> <p>As pessoas (vizinhos e familiares) o aconselharam a parar de beber.</p> <p>O álcool destruiu sua vida, seu sonho de ser feliz, saiu da escola por causa do álcool e já era para estar formado (sic).</p> <p>Foram 4 anos de vício, e durante esse período, ele bebeu todos os dias, trabalhava só para beber.</p> <p>Percebeu que estava ficando doente, não estava se alimentando, achou que ia morrer, com isso tomou a decisão de parar de beber e de se afastar das amizades que bebiam junto com ele. Tem mais de um ano que ele não bebe, e não sente vontade. Notou que os psiquiatras passam remédios fortes, tem medo e acha pior que a bebida o deixa fora de si.</p>	<p>A combinação da medicação o álcool trouxe problemas, ele destaca que o álcool já ocasionou derrame. O álcool também foi a causa do término dos seus relacionamentos. Relata sentir-se bem depois que parou de beber, e agora quer parar de fumar, pois fuma desde 2006.</p>

QUADRO 5 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
<p>João (Comunidade Terapêutica)</p>	<p>49 anos, começou a beber por volta dos 12 anos aos 27 parando de beber por 10 anos, mas teve uma recaída e retornou a beber. Nesse período chegou a ficar sem beber por três quatro meses, mas sempre acabou voltando.</p> <p>Nesse período o trabalho não rendia, faltando muitas vezes. Disse que não sabia que existia medicação para tratar o “alcooolismo”. Em um carnaval bebeu uma bebida por nome de “paratudo”, e sentiu-se muito mal. Foi levado ao hospital, e relata ter puxado o soro por estar vendo alucinação. Quando saiu do hospital foi para casa dos pais e ficou lá por 6 meses.</p> <p>A primeira vez que procurou tratamento, foi por conta própria. Dessa vez foi um colega e um diácono da igreja que o ajudaram a procurar o tratamento e que dá suporte a sua família, juntamente com Deus.</p>	<p>O uso da bebida foi devido ao seu avô, que deixava a bebida escondida, ele encontrava e bebia. Quando percebeu ele já estava preso no “alcooolismo” e não conseguia mais sair (sic). Chegou a ir para escola e fazer prova bêbado. Percebeu que o álcool estava fazendo mal quando para almoçar precisava beber; para sobreviver estava “vegetando” no álcool, chegou a chorar e as lágrimas caiu no seu prato e pensava nunca mais vou colocar uma dose de álcool na minha boca.</p> <p>Chegou a falar que não queria mais a bebida e que estava a ponto de entrar em depressão. Quando foi levado para a casa dos seus pais não tinha sono, não tinha fome, se sentia no mundo da lua. Os psiquiatras passam remédios fortes e ele tem medo e que acha pior que a bebida por deixar fora de si. Considera-se um alcoólatra, porque parou por 10 anos e voltou a beber. Nesse período trabalhou por seis anos e estava muito bem com Deus, evangelizava as pessoas de casa em casa. Só que após ter comprado uma moto para sair fim de semana e para visitar os clientes, em uma dessas saídas foi para um aniversário e tomou vinho, cerveja e cachaça. Não pode confiar nenhuma vez, é só abrir a porta que volta. Com o tempo perdeu o emprego.</p>	<p>Da última vez que voltou a beber, não estava mais confiando em si, pensou em fazer besteira. Por incentivo dos colegas, não desistiu. E Deus deu essa oportunidade de tratamento, o qual ele abraçou. Esta é a diferença do amigo quando se está bebendo e o verdadeiro amigo quando você precisa. A importância dos seus pais que sempre foram os melhores e nunca deixaram faltar nada, foram exemplos para ele e que por isso não gastava todo seu dinheiro na bebida. Destaca que o álcool prejudica muito, e gostaria de deixar registrado, por está sendo gravado, que se algum jovem, criança pensar em entrar no álcool que não entre, que para sair é complicado. A pessoa pode perder sua família e vai se desgastando.</p> <p>Antes de ir para comunidade terapêutica ficou preocupado com que os outros iriam falar dele, mas hoje agradece a Deus pelo tipo de ajuda recebida e que as pessoas deveriam abraçar as oportunidades.</p> <p>Tem uma família abençoada, e sua perdição foi beber escondido na Casa dos Avós, e se soubesse que isso iria causar um grande transtorno na vida não teria feito, e que precisa apagar esse passado, lembrar das coisas boas e que o futuro depende do presente. Quando sair pelo portão da comunidade terapêutica ele não vai falar alcooolismo de jeito nenhum, hoje só tem a agradecer.</p>

QUADRO 6 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Deo (Comunidade Terapêutica)	Começou a beber aos 19 anos, nas festas juninas, depois foram as farras, as comemorações quando ganhava no jogo de futebol e assim bebeu por 15 anos.	<p>Não procurou ajuda para o tratamento, mas seu primo ligou avisando que havia arrumado uma vaga na fazenda, a comunidade terapêutica. Agradece a Deus ao seu primo e aos seus pais por ajudarem a procurar um tratamento. Percebeu que a bebida em excesso tornou-se um problema quando começaram as quedas de bicicleta, e chegando a ser hospitalizado. Percebeu também quando no dia seguinte não lembrava o que fazia. Faz uso de outras drogas.</p>	<p>Quando estava bebendo sentia-se feliz, mas que a felicidade era momentânea porque depois passava. Gostou quando sua mãe falou que ele estava indo para o Maanaim. Ficou feliz ao saber que seu primo estava levando para comunidade terapêutica porque tinha vontade de parar de beber e promover uma vida melhor pra si. A bebida prejudica sua saúde; o vício só causa coisas ruins, gasta muito dinheiro, conflito com a família e os amigos, não sabe o que fala, chegar fora de hora em casa.</p>

QUADRO 7 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
<p>Tourão (Comunidade Terapêutica)</p>	<p>Começou a beber aos 14 anos, quando saiu de casa para morar sozinho, e por influência dos colegas, era uma forma de se reunir. Só procurou ajuda para tratamento em centros de recuperação; e procurou a ajuda da assistente social para conseguir chegar até a comunidade terapêutica.</p> <p>Já foi levado ao hospital, através do SAMU, por encontrar-se inconsciente em consequência do uso abusivo do álcool.</p> <p>A primeira vez que procurou tratamento, foi quando ele trabalhava como segurança e perdeu seu emprego por conta do alcoolismo e como consequência ele ficou na rua, quando não aguentou mais, procurou por conta própria um centro de recuperação.</p> <p>Nunca procurou o CAPS ou PSF. Relata que quando as pessoas no Brasil passam por esse tipo de problema o que elas mais procuram são essas casas de recuperação.</p> <p>Saiu de lá recuperado, mas depois teve queda de novo por conta do álcool. Procurou ajuda em uma casa de apoio em Caruaru. E agora, pela terceira vez em busca de tratamento, veio para essa comunidade terapêutica à procura de recuperação.</p> <p>A morte do seu filho foi o que mais impactou na sua vida em função do consumo excessivo do álcool.</p>	<p>O uso abusivo do álcool fisicamente trouxe como consequência tonturas, quedas, e relações conflitos e brigas; perda de bens materiais, afastamento dos amigos e familiares. Considera que 30 anos de sua vida são 30 anos de derrota, 30 anos perdidos.</p> <p>O tempo em que ficou sóbrio trabalhando era o tempo da saúde. E que o tempo em que passa bebendo é o tempo de adoecer e perder tudo que conquistou.</p> <p>Ele acredita na recuperação através da comunidade terapêutica. Agradece a Deus, agradece a família (sua mãe e sua irmã) pelo voto de confiança, por ter pedido e conseguido ir para comunidade terapêutica.</p> <p>A experiência pelo adoecimento do consumo excessivo de álcool não traz nada de bom, só coisas ruins, doença para o corpo, a destruição da vida por completo. É uma alegria passageira.</p> <p>Ele relata que não sabe porque ele acaba voltando a beber em busca de uma alegria, de um companheirismo enganoso, quem for por esse lado vai se destruir e você só percebe quando está fora.</p> <p>A pessoa só percebe quando o álcool está te destruindo quando não tem forças para engolir, nem para andar, nem para se alimentar. Quando você perde as forças para tudo, quando a pessoa se torna incapaz de fazer o que tem vontade. Quando você não está mais conseguindo consumir o álcool é quando ele está te derrubando para você morrer (sic). Na recuperação encontrou amor, aconchego, carinho, amizade sincera, a saúde de volta e mais um novo crédito de confiança. Destaca que procurar a Deus em primeiro lugar e ir em busca da sua recuperação é o mais importante, que o resto vem.</p>	<p>Está na comunidade terapêutica de volta, buscando a recuperação, para ter de volta a confiança da família, para arrumar um emprego e adquirir o que perdeu. Ele considera que é difícil, mas basta querer que torna-se fácil.</p> <p>Quando está no “vício do álcool” a pessoa não percebe, por que passa dias bebendo, você já acorda e quer ir beber de novo, passa pela fase da abstinência e você vai em busca do álcool para ter alegria de novo.</p> <p>Porque quando seu filho morreu não pode vê-lo, estava preso por irresponsabilidade e por conta do “alcoolismo” (sic).</p>

QUADRO 8 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Breno (Comunidade Terapêutica)	<p>31 anos; iniciou a beber aos nove anos de idade com os primos. No início bebia só fim de semana e parava no domingo porque segunda-feira era dia de trabalho. Bebia todos os dias, e parou aos trinta anos de idade.</p> <p>Passou a fumar cigarro mas nunca usou drogas. Relata que desde pequeno morava com os avós, e lá no Morro onde ele morava tinha muita gente que bebia, que usavam drogas. Ele disse que chegava no mercado comprava cachaça e ia beber dentro de casa</p> <p>Percebeu que a bebida estava fazendo mal por volta dos 25 anos de idade, estava com uma mulher que bebia muito. Ele sentiu o organismo ficar ruim, sentia uma “queimação por dentro”, foi quando meu tio aconselhou que eu tinha que me cuidar e chamou para que eu fosse para igreja “tirar tudo”. Quando pensou em procurar ajuda; chegou a parar de beber por um ano e três meses.</p> <p>Os pais o aconselharam a parar, por que a bebida não estava fazendo bem, ele ficava nervoso, quando brigava dentro de casa e que no outro dia se arrependia e ia pedir perdão.</p>	<p>Um colega o aconselhou a parar com vício porquê ele só vivia na rua e que parecia um cachorro. Foi quando ele disse que era isso mesmo, que tinha que parar. Uma enfermeira do hospital também foi em sua casa aconselhar a parar de beber.</p> <p>Porque teve uma briga muito feia dentro de casa ele disse que o álcool deixava ele muito nervoso muito mesmo e ficava agressivo.</p> <p>Já caiu de moto e ficou hospitalizado porque estava alcoolizado. Já gastou muito dinheiro com bebida.</p>	<p>A bebida trouxe raiva para ele e que só os avós e o padrinho é que o aconselharam.</p> <p>Se tivesse uma pessoa que morasse com ele seria mais fácil. Ele teve uma mulher mas ela bebia também e que por isso não deu certo.</p> <p>Relata, que sua irmã ouviu falar muito bem desse Centro de Recuperação e que o de Feira de Santana era muito perigoso. O centro é bom porque tem campo de futebol para jogar e tem orações</p>

QUADRO 9 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Pedro (Comunidade Terapêutica)	<p>38 anos; foi criado pela tia desde os 9 anos, quando seu pai matou sua mãe. Começou a beber aos 12 anos de idade, saía de casa para procurar bebida. Mas começou a beber mais quando a mãe da sua filha mais velha terminou o relacionamento com ele. Quando saía do trabalho, ia dormir, via coisas imaginárias e não conseguia dormir, então, também bebia para dormir.</p> <p>Foi levado ao hospital desacordado depois de uma queda de bicicleta porque estava alcoolizado, mas quando recebeu alta hospitalar, voltou para beber.</p> <p>Chegou à Comunidade Terapêutica, levado por sua vizinha, depois de tentar matar um rapaz, e depois que ela viu que ele estava vendendo suas coisas de casa para ter dinheiro para beber.</p>	<p>Bebia de manhã antes de ir para o trabalho bebia; quando estava em casa.</p> <p>Nunca procurou ajuda para sair do “alcoolismo” porque não percebia que fazia mal, para ele estava tudo bem.</p> <p>A bebida só trouxe prejuízo e que agora é tentar recuperar aos poucos.</p> <p>Tem 8 meses na Comunidade Terapêutica, que essa ajuda foi ótima, chegou tomando medicação para dormir e hoje dorme tranquilo sem precisar de medicação.</p> <p>O pessoal da Comunidade Terapêutica ajuda demais e que só depende dele agora.</p> <p>Diz que vai ver o que vai fazer da vida quando sair, ele disse que é difícil mas que vai tentar. E que vai procurar ajuda para não voltar a beber de novo, vai procurar um emprego.</p>	<p>Não percebia que a bebida o fazia mal, porque quando bebia só traz alegria. Fica com ressaca, e bebe novamente para esquecer.</p> <p>Já foi a um benzedor, mas que não resolveu, porque ele não aceitava e não acreditava.</p>

QUADRO 10 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Fernando (Comunidade Terapêutica)	<p>38 anos; Começou a beber quando tinha 16 anos; filho de pais adotivos. Todos os dias bebia com um grupo que encontrou em um jardim. Com o uso excessivo de álcool, passou a usar outros tipos de drogas. Usava o álcool e as outras drogas, sempre associados. Batia nas portas dos carros pedindo dinheiro e que foi sempre muito humilhado, por que as pessoas falavam que ele estava pedindo dinheiro para beber.</p> <p>Hoje com 38 anos, tenta com todas as forças a não usar droga nenhuma. Porém os problemas familiares, “apertou a mente” e voltou a beber e a utilizar drogas.</p> <p>Muitas coisas aconteceram por que iniciou o vício no álcool, perdeu o controle, o organismo chama para beber, você se torna dependente. Destroí não só a você como sua família, porque se torna muito violento; enfatiza que a violência era com as pessoas na rua por já ter morado e sabe como é gasta sem ter condições.</p> <p>Mas deu a volta por cima, arrumou um trabalho e ficou bem visto. Ressalta que tem um coração bom e conseguiu dar a volta por cima</p> <p>Está na Comunidade Terapêutica, não por escolha, mas por que não pode voltar para sua cidade, em função do tráfico de drogas pois pessoas que diziam que eram seus amigos estão querendo matá-lo.</p> <p>Que ele não imaginava que tinha.</p> <p>Por ter 38 anos, chegou na idade de sossegar e de ter um cantinho, é triste. As drogas não me trouxeram benefício nenhum, não ter onde morar, questiona o que vai ser da vida de agora para frente. E ainda como é conseguir uma oportunidade de dar a volta por cima já que a sociedade discrimina muito.</p>	<p>Em uma das vezes em que chegou em casa bêbado, o levaram para Feira de Santana e o abandonaram como um indigente, vivendo na rua, e ter vida de mendigo, passou frio e bebia para esquecer a vontade de comer.</p> <p>Sentia mal vômitos tremores e mesmo assim procurava forças para correr atrás de dinheiro para beber a noite novamente, tornou-se um vício e todos os dias eram assim a mesma rotina.</p> <p>Chegou um tempo que parou de consumir, voltou a estudar, mas depois voltou ao mundo das drogas, e até então nunca conseguiu sair.</p> <p>Passou longo período sem usar droga nenhuma, e realizou o curso de vigilante, deixando de ser morador de rua, foi um período que mudou sua vida. Começou a trabalhar, construiu família e reconstruiu sua vida</p> <p>Em 2014 passou nove meses no Centro de Recuperação e 2 anos trabalhando em Nova Vida. Foi isso que o ajudou a recuperar, a determinação. Todo ser humano é apto a errar e apto a vencer. Tem procurado ajuda de muitas pessoas. Essa última vez foi ele mesmo que foi atrás, determinou e procurou ajuda. Mas relata que não deve se iludir com dependente de álcool pois ele será sempre um dependente de álcool.</p> <p>Todas as vezes em que procurou ajuda foi aos Centros de Recuperação.</p> <p>Já teve coma alcoólico, e foi levado pelo SAMU ao hospital.</p> <p>Toda força que procurou ajuda agradece a ele mesmo uma força. A sensação de estar adoecido é terrível, se ver nessa situação não só físico mais mental, se olhar no espelho e ver como está acabado e que não é para ficar desse jeito. As pessoas olham com um desprezo e isso incomoda e vai trazendo uma angústia para alma.</p>	<p>Para ser aceito entre os colegas que saíam toda sexta-feira, começou a sair também para tornar-se popular.</p> <p>Perdeu o controle, como um jovem de 18/19 anos já vive nesse estado de vida, tipo vegetativa, dependente do álcool.</p> <p>Buscou tratamento, só que estava acostumado com os problemas familiares e voltou a beber e usar drogas. Foram 7 internações, tentando vencer o vício. As pessoas evangélicas que fazem trabalho social, foram as que o ajudou, e ofereceram ajuda para sair daquela situação. Não conseguia se manter no Centro de Recuperação, tinha a sensação de prisão, por ter vivido muito tempo na rua.</p> <p>Quando sabem que passou pelo Centro de Recuperação e que levou uma vida tenebrosa eles viram as costas. E isso é que falta a pessoa recair por falta de aceitação das outras. As pessoas têm um olhar para o dependente químico como um criminoso, não o ver com o ser humano. Sou de carne e osso tenho coração tenho mente e sou igual a qualquer ser humano mas a sociedade não enxerga assim que sou um ser humano com qualquer um.</p>

QUADRO 11 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Maria Santa Bárbara (PSF)	<p>62 anos, começou a beber quando tinha 18 anos, quando trabalhava na roça de cebola, trabalhando e bebendo, aí tornou vício.</p> <p>Perdeu o pai e a mãe, e sua mãe era “alcoólatra” (sic), procurava briga e ela sempre, atrás da mãe para não ver outras pessoas batendo. “Ela deixou um história para mim”.</p> <p>Nunca procurou ajuda para parar de beber e relata que só vai deixar na hora em que o "Pai" chamar; não acredita que alguém possa tirar ela do vício.</p> <p>Foi “levada” ao curandeiro e ele relatou que “a cachaça só quem vai tirar é Deus quando eu morrer”; “agora bota um litro dentro do caixão responde para ele”.</p>	Nunca teve vontade de parar, bebe todos os dias. Nunca perdeu o emprego ou ficou doente por causa da bebida, se sente bem. Nenhum filho puxou a mãe, “cachaceira”.	Foi influenciada pelo marido. Bebe até hoje e disse que é dura na queda.

QUADRO 12 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Pedro (PSF)	<p>51 anos, começou a beber quando tinha 12 anos, influenciado pelo pai.</p> <p>Nunca procurou ajuda para parar de beber.</p>	A bebida “nunca causou problema de saúde, nunca o fez mal”, já teve problemas de saúde com outras coisas. Já foi transportado pelo SAMU mas por outro problema, não pela bebida.	Relata que a bebida dá alegria a ele e que nunca brigou com ninguém por causa “dela”. Sempre que bebe, dá vontade de beber mais.

QUADRO 13 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Quixaba (PSF)	67 anos, começou a beber com 9 anos de idade. Nunca foi levado ao hospital porque bebeu muito.	Relata que nunca parou, só por 9 meses. Tem vontade de parar, mas os amigos o chamam e ele vai. Suas filhas já pediram muito, diz que vai tentar. Quando bebe sente dor no estômago e não se alimenta direito. Quando para de beber é por conta própria, não tem ajuda de ninguém.	Muitos da sua família já morreram devido ao uso abusivo do álcool e que o fim é esse mesmo.

QUADRO 14 SÍNTESE DAS NARRATIVAS DOS ELEMENTOS INDEXADOS E NÃO INDEXADOS DAS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL. IRECÊ/BA, JAN., 2018.			
ENTREVISTADO	ELEMENTOS INDEXADOS	ELEMENTOS NÃO INDEXADOS	
		Dimensões Descritivas	Dimensões Argumentativas
Maria (PSF)	53 anos, começou a beber por volta dos 40 anos, influenciada pelo primeiro marido. O SAMU o levou para o hospital. Já procurou o PSF pedindo ajuda para não beber, foi atendida para tratar as queimaduras e consequentemente a dependência pelo álcool. Fez promessa na igreja, para Nossa Senhora, para tratar as queimaduras e se libertar dos remédios. Procurou ajuda no PSF, foi se arrastando até chegar lá. Quando adoece procura o PSF.	Ele bebia e batia nela, então se separou; os filhos nessa época ainda eram novos. Seu marido dizia que ela era feia e magra e que por isso ninguém iria se interessar. Relata que sentia muita dor de cabeça, a ponto de querer bater na parede. No PSF foi tratada com injeção, calmante e realizou exames. E quando está bebendo está anestesiada, não sente nada (sic). Disse que parou de beber por conta própria, e que não teve ajuda. Relata que ao mostrar o exame para diagnóstico da diabetes, a médica falou que não tinha diabetes, mas que não poderia mais beber cachaça, que tomasse cerveja sem álcool. Relata que sentia vontade de beber logo cedo, e que percebeu que estava adoecendo quando tomou “dhrea” e sentiu um lado do corpo adormecer. Depois disso prometeu não beber mais cachaça. A glicemia chegou a 200 mmHg nesse dia e pressão em 23.	Segundo ela, era magra pelo sofrimento. Quando ele ia para a roça para trabalhar, e que chegava em casa ele já estava bêbado, pedia o dinheiro do trabalho e quando não tinha, ele batia. Foi quando ela mesma jogou álcool em sua roupa e riscou o fósforo para se queimar, na ocasião relata ter consumido bebida alcoólica. Tornou-se viciada depois da morte de sua filha, ficando com vontade de morrer porque os outros filhos a desprezaram, a única filha que eram seus pés e suas mão morreu assassinada. Ela ficou abatida, sonhava que sua filha estava à chamando, então bebia muito, cai, ficava com vergonha e com dores de cabeça e no corpo. Para parar de beber procurou várias clínicas.

Ao passarmos para o 3º passo, já com os componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, o que Schütze chama de “trajetória”, um momento que consideramos especial por nos oportunizar conhecermos, mesmo que sucintamente, o contexto social das pessoas em uso problemático desse usuário de álcool e compreender sua trajetória de vida em relação à sua experiência de adoecimento. Assim, mediante as transcrições, ao ordenarmos a trajetória dos acontecimentos propriamente ditos com bases nas narrativas, entendemos que para realizarmos a análise foi necessário diferenciar os elementos indexados e dos não indexados defendidos por Schütze (2011).

As referências concretas dentro de uma narrativa e os elementos indexados, nos permitiram traçar o percurso individual de cada uma. Por conseguintes, após a descrição detalhada do material verbal, realizamos a separação desses elementos já apresentados no quadro 2, uma vez que observamos que uma narrativa passa não apenas pelo entendimento da sequência cronológica dos acontecimentos apresentados pelo narrador, mas também por sua função não cronológica, mas expressadas no significados e sentidos do enredo.

A construção do percurso individual com base nos elementos indexados, foi fundamentado nos elementos não indexados, permitindo o autoentendimento das entrevistas. A respeito do 4º passo, as dimensões não indexadas do texto foram investigadas como análise do conhecimento, aquelas opiniões, conceitos e teorias gerais, reflexões e divisões entre o comum e o incomum que são a base sobre a qual reconstroem as teorias operativas. O 5º passo nos levou a compreender o agrupamento e a fazer comparação entre trajetórias individuais, tendo então dado o 6º passo, na comparação dos casos, momento em que as trajetórias individuais foram colocadas dentro do contexto e as semelhanças foram estabelecidas, permitindo a identificação de trajetórias coletivas.

Utilizamos a identificação dos elementos estruturais das narrativas e as categorias relativas à redução do conteúdo do trecho da narrativa transcrita e adaptado por Mishler (1986), Weller (2007) e Germano e Serpa (2008). As entrevistas foram transcritas e delas foram extraídos os elementos que compunham uma história com começo, meio e fim. Assim, foram retirados elementos que repetiam ou que eram detalhamentos sobre os eventos relatados, conforme apresentadas nos quadros 2 a 14.

Complementando, conforme Bury (2001), a análise das narrativas requer que se chegue à compreensão dos contextos e dos vocabulários de motivos nos quais as formas narrativas e a identidade são construídas e empregadas.

Enfim, os fragmentos das narrativas inseridas no item 4, análise e discussão dos dados, são identificados pelos nomes dos respectivos participantes do estudo. Além do

mais, alguns trechos das narrativas se encontram em negrito, no sentido de destacar aspectos analisados e/ou categorias empíricas.

Após o processo final do método de análise de narrativa de Schütze (2011), construímos 3 (três) categorias empíricas:

1 NARRATIVAS DA HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL.

2 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL, tendo duas sub-categorias:

- O USO DO ÁLCOOL: uma contradição entre o “bem” e o “mal”.

- A “CERTEZA” DA DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL: “ele me aviciou”, “eu me aviciei”.

3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: experiências vividas no processo do adoecer.

3.6 ÉTICA NA PESQUISA

A pesquisa atende as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), incorporando, os referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

O TCLE (APÊNDICE B) escrito em linguagem clara e acessível, explicita o convite aos sujeitos a participarem da pesquisa com esclarecimentos sobre o estudo (objetivos, importância, riscos, benefícios, dentre outros aspectos). Para atender ao critério de anonimato e privacidade, os participantes escolheram nomes fictícios de acordo com a escolha de cada. Para assegurar a fidedignidade dos dados, registramos fielmente as narrativas e outras informações fornecidas pelos mesmos, além de garantir que os dados serão utilizados apenas para fins científicos.

Os participantes receberam informações sobre os riscos possíveis como o desconforto relacionado com o próprio ato de falar sobre suas experiências de adoecimento, pois ao relatá-las puderam entrar em contato com lembranças dolorosas, outro possível risco se relaciona ao medo de sofrer constrangimentos morais por sua participação. Foi salientado, na oportunidade, a oferta do “apoio” emocional, mediante escuta e, se necessário, a pesquisadora permaneceria em silêncio, ou ainda, deixaria os participantes livres para interromperem a entrevista, até, desistissem da participação na pesquisa.

Os benefícios poderão contribuir com a compreensão da experiência da enfermidade nas escolhas terapêuticas dos sujeitos usuários de álcool. Além do mais as informações a serem divulgadas têm o compromisso social de ampliar o olhar para o problema que os usuários e seus familiares enfrentam decorrentes do uso problemático do álcool, além de revelar as formas de cuidado e o enfrentamento das suas necessidades de saúde, considerando o contexto social em que estão inseridos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As narrativas convergiram para a construção de unidades de análise que revelam como o cuidado é compreendido pelos usuários. Assim, os resultados são apresentados e discutidos neste item, tendo em vista as categorias empíricas construídas a partir dos sentidos e significados que emergiram das narrativas dos usuários problemáticos de álcool, analisadas e discutidas a seguir.

4.1 NARRATIVAS DA HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL

Neste subitem descrevemos as histórias de vida de pessoas com uso problemático de álcool, e sintetizamos nos quadros 15 a 27.

Viviane, de 36 anos, nascida em Irecê, solteira, negra, 2º grau completo, aposentada, já trabalhou como babá em casa de família e na roça (trabalhadora rural).

Evangélica da Assembleia de Deus Madureira. Todavia, devido fazer uso de álcool “a igreja não permite participar na frente”. Tem três filhos, nas idades de 12, 10, 8 anos; separou do marido por três vezes, os filhos são do mesmo pai. Considera pai e mãe como seus amigos.

Viviane, é de uma família de oito irmãos, três deles falecidos. Relata que um dos seus irmãos agrediu sua mãe, que é cega, ao tentar ter relação sexual com uma moça, que mora vizinha à sua mãe. Ao ouvir os gritos ela foi ver o que ocorreu, e chegando na casa de sua mãe, viu a moça fugindo amedrontada. Ao percebê-la em sua casa, seu irmão com raiva a agrediu com violência, dando-lhe uma pancada na cabeça. Os irmãos que estavam bebendo, chegaram e chamaram a polícia.

Após sofrer violência física por parte de um irmão, Viviane começou a apresentar crises: onde ouvia vozes, não lembrava de nada (sic). Não cuidava dos filhos nem de si mesma, além de não cuidar da casa, referindo ter dificuldade de viver.

Nas suas “bebedeiras” a família corria atrás, dizendo que ela não precisava passar por isso, as pessoas na rua começaram a perceber que ela estava com problemas, fazendo com que sua mãe a levasse ao CAPS.

No CAPS, começou o tratamento e a tomar a medicação. Não tem dificuldades em ser acompanhada, tendo um bom relacionamento com o médico psiquiatra e com a equipe; com aceitação do tratamento voltou a ter noção do tempo, noção da vida, a cuidar de si e dos filhos. Tem seis (6) meses que parou de beber, mas, uma vez na vida, toma um copo de

cerveja, porém não bebe mais para embriagar-se (sic).

Seu primeiro contato com a bebida foi depois do nascimento da filha mais nova, nas festas de São João, em companhia das amigas. Sua infância e de seus irmãos foi marcada por um pai “alcoolista”. Sua mãe sofreu muito porque as brigas eram constantes e ele batia nela e nos filhos. Hoje o pai dela tornou-se evangélico e não bebe mais; sua mãe é cega, em função do glaucoma.

A bebida se tornou um problema para Viviane, quando iniciou o tratamento no CAPS, ao associar a medicação com a bebida alcóolica. Ela relata que não passava mal na rua, só quando chegava em casa e sua família, mesmo aborrecida com a situação, a levava para a UPA. Mas, nunca procurou atendimento para uso abusivo do álcool e que sempre foi levada por amigos ou familiares ao hospital.

Quanto ao itinerário terapêutico para uso nocivo do álcool, a UPA e o CAPS foram os serviços que a ajudaram no tratamento. Foi também uma vez a um centro espírita, levada pela sua ex-patroa.

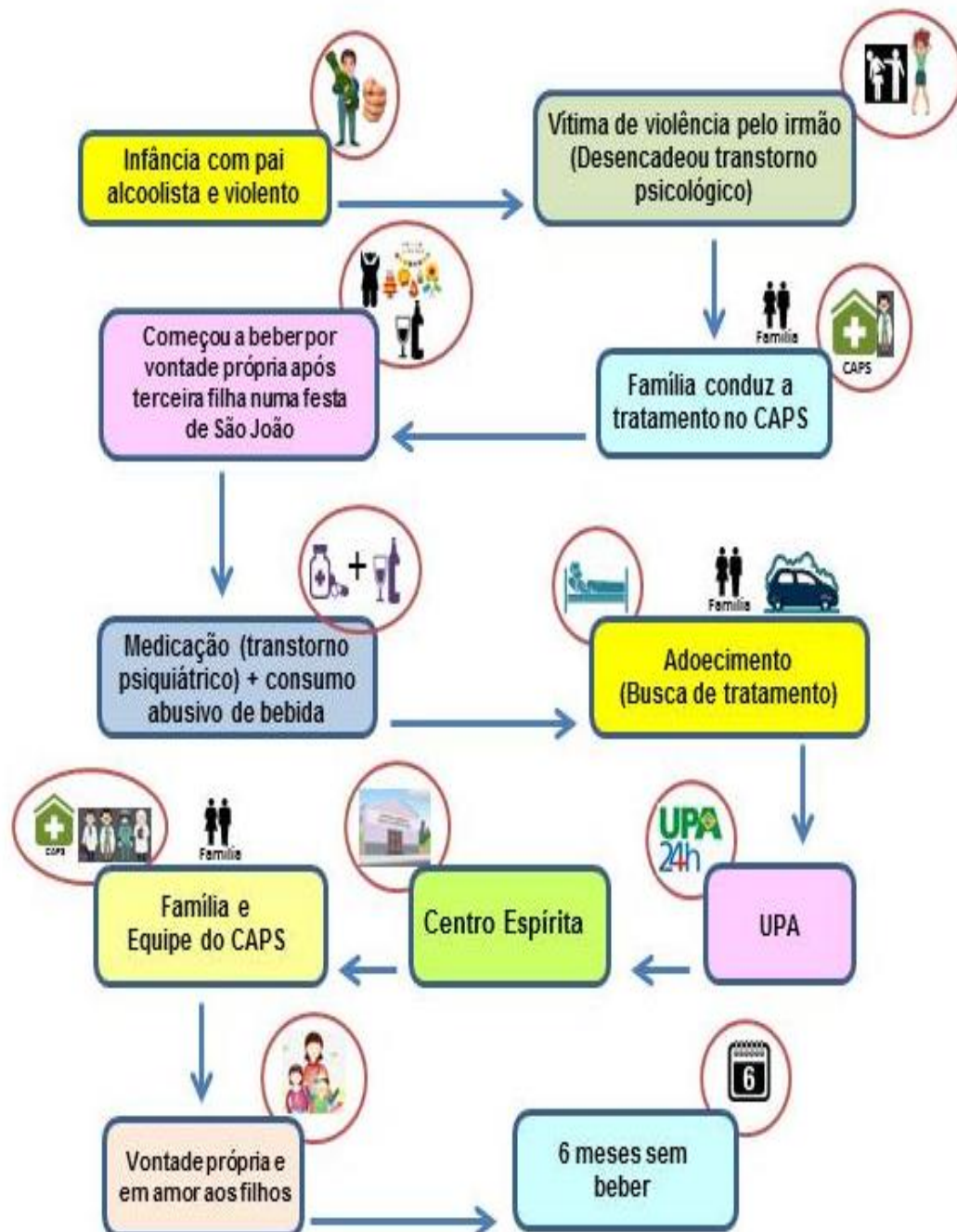
Hoje, considera sua vida ‘boa’, com saída do seu esposo de casa, porque ele não a respeitava, batia e não tratava bem os filhos.

Quando bebia, Viviane disse que não trabalhava e recebia benefício do governo federal.

Em resumo, o quadro 15 a seguir, sintetiza a trajetória de vida de Viviane e o seu envolvimento com o uso de álcool.

Quadro 15
Trajectoria de vida de Viviane

O início do uso do álcool: “Não lembro bem, depois que eu tive a filha caçula” (28 anos)



Antaro, 47 anos, sexo masculino, natural de São José de Caiana – PB; casado, se autodeclarou da raça/cor moreno, escolaridade fundamental incompleto; aposentado.

Sua trajetória profissional foi marcada por trabalho na roça, pintor, vendedor de picolé e pão; católico, tem três filhos, com as idades de 24, 25, 12. Teve nove (9) irmãos, mas apenas dois estão vivos. Bom convívio com a família e amigos. “Deus para ele é seu maior amigo” (sic).

Começou a beber com 13 anos, após o término de namoro, com a justificativa que estava apaixonado e que a namorada terminou com ele. Não foi influenciado a beber por ninguém, mas motivado pela desilusão amorosa, e ao chegar em uma boate pediu para encher o copo, assim começou a beber. Porém, o uso excessivo do álcool lhe trouxe muitos problemas. Foi roubado, já foi violentado. Já foi casado oito vezes, a primeira esposa aceitava que chegasse em casa bêbado, mas a atual esposa não aceita, se chegar em casa bêbado, não pode ficar. O consumo excessivo do álcool foi o motivo das separações. Ressalta que uma das ex-esposas também era “alcoólatra” e chegou a falecer.

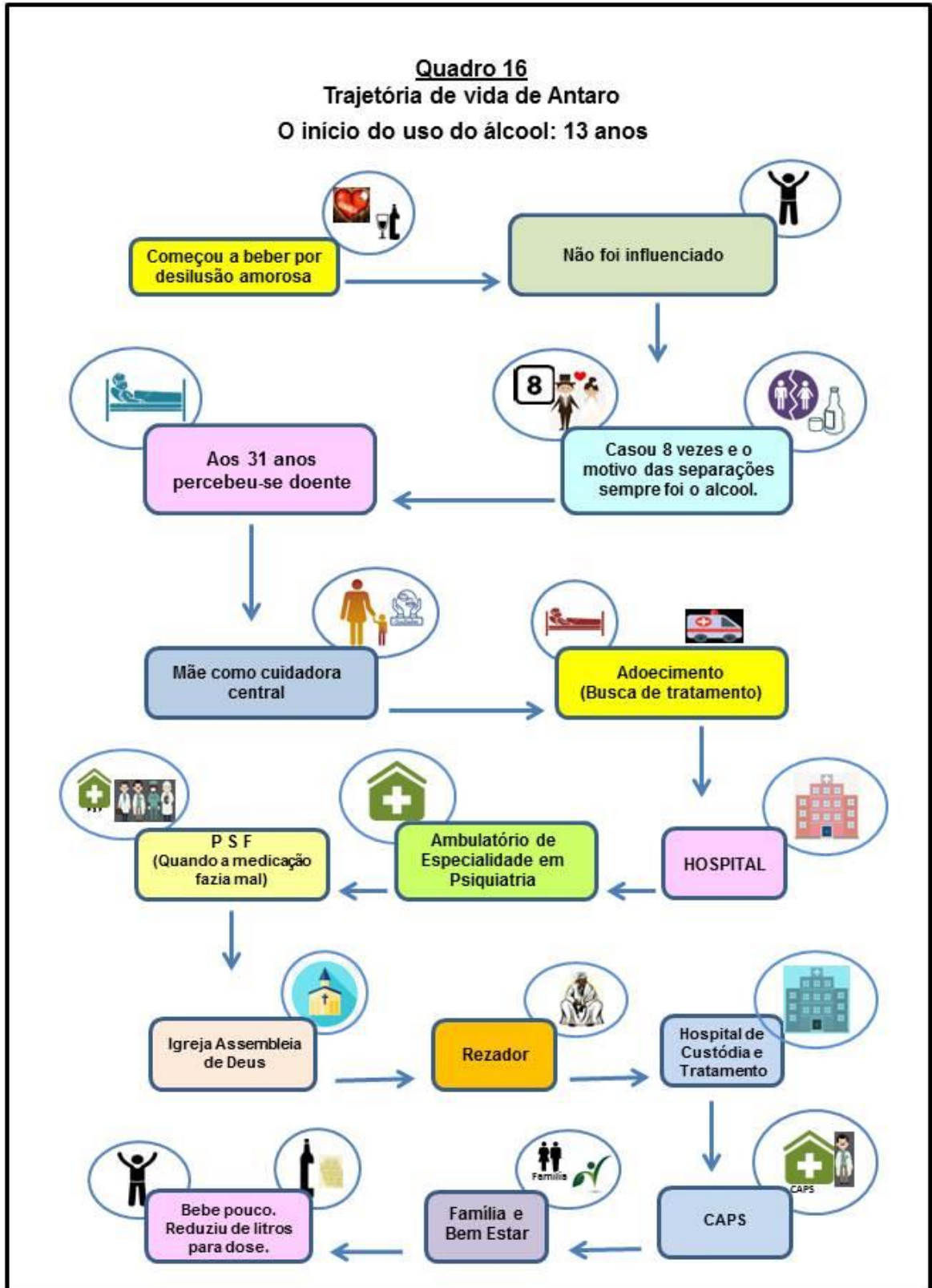
Sua mãe o levou ao consultório do médico psiquiatra, que prescreveu uma medicação, e começou a cuidar de si, tomar banho, se alimentar e voltando para as atividades. As pessoas o aconselharam a procurar uma igreja e pedir força a Deus para sair dessa situação, foi então que ele começou a frequentar a igreja Assembleia de Deus, mesmo sendo católico. Ficou cinco (5) meses no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) em Salvador, por um problema o qual “foi julgado injustamente” (sic), período que tomou a medicação corretamente e se alimentava direito. Ao retornar para Irecê, ia ao CAPS para pegar a medicação prescrita pelo médico, depois começou o tratamento no CAPS.

Sua mãe o levava frequentemente aos hospitais da região para ficar internado, melhorava e depois piorava novamente, sentindo-se muito fraco.

Começou então a perceber que o consumo excessivo do álcool estava trazendo problemas, e aos 31 anos, quando estava trabalhando de ressaca, ao descer da escada, estava desorientado, voltou para casa e como consequência dessa situação ficou em uma cama, andando de cadeira de rodas, e com dependência dos outros para tomar banho, se locomover e se cuidar. Uma das dificuldades durante o tratamento foi não querer tomar a medicação, porque queria continuar bebendo e não tomando remédio. Então trocou o comprimido pela injeção (sic).

A equipe saúde da família só realizava atendimento domiciliar quando a medicação que ele tomava fazia mal; apenas o agente comunitário de saúde (ACS) não realiza visita rotineiramente.

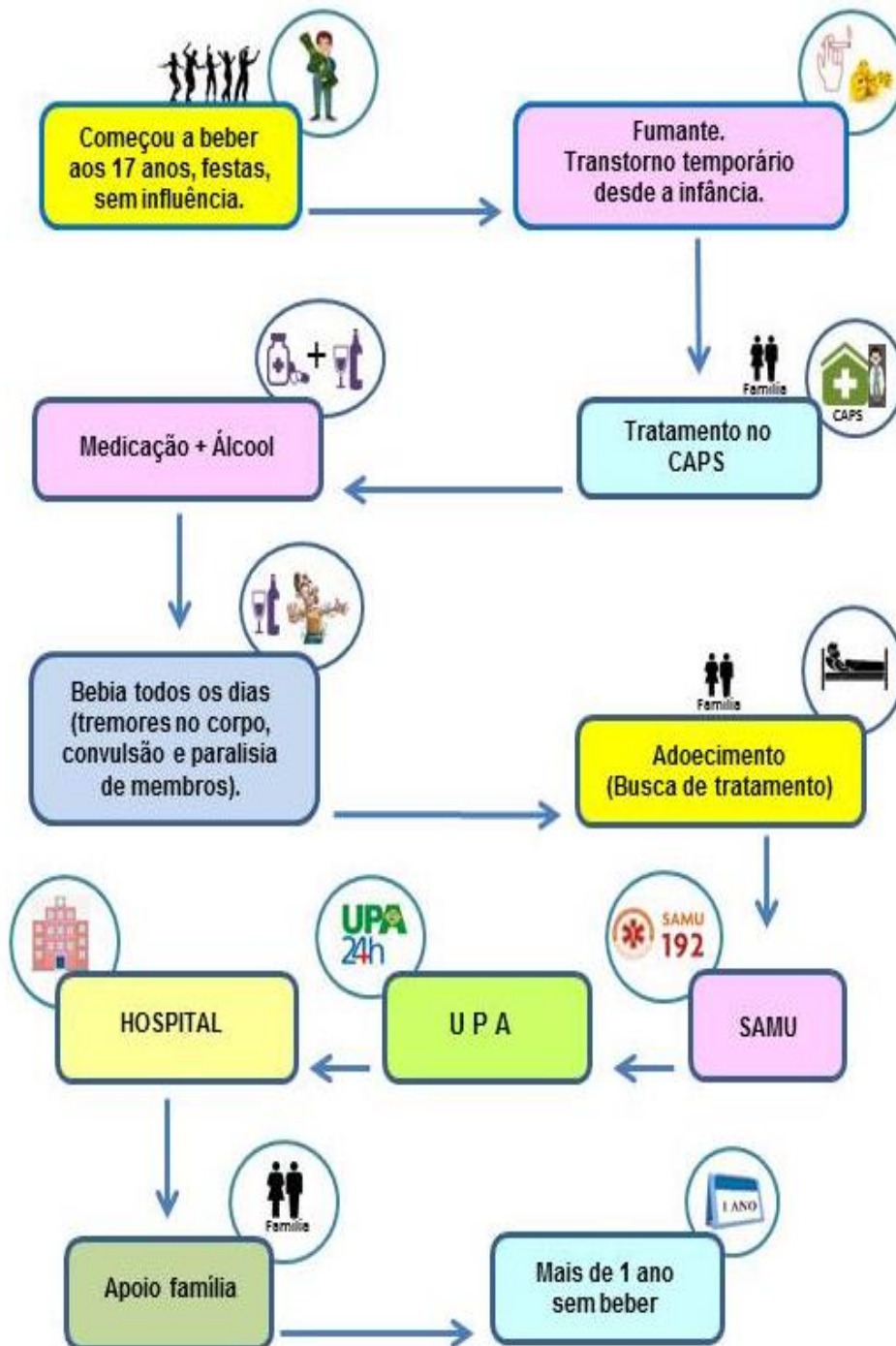
Toda a trajetória de vida de Antaro e o seu envolvimento com o uso de álcool é sintetizado no quadro 16, a seguir.



Alex, 22 anos, sexo masculino, nascido em Irecê-BA, estado civil solteiro, moreno claro; escolaridade, fundamental incompleto; no momento sem atividade remunerada mas, tem uma trajetória profissional como ajudante de pedreiro; religião católica. Sua família é formada pelo seu pai, mãe e quatro (4) irmãos; considera sua mãe como amiga, os outros são só conhecidos; já morou junto com uma namorada.

Começou a beber com 17 anos, em festa, e o álcool tornou-se vício desde a primeira dose (sic) passando a beber todos os dias. Também é fumante. Percebeu que a bebida em excesso era um risco à saúde quando ficou com os braços imobilizados. Faz tratamento para transtorno temporário (sic); tomando medicação desde a sua infância. Tem clareza que a combinação da medicação com o álcool trouxe problemas, inclusive o álcool ocasionou o seu “derrame” (acidente vascular cerebral). Quando bebia ficava agitado, andava pelas ruas para cima e para baixo, conversava sozinho. Percebeu que o corpo apresentava tremores, principalmente as mãos. Vomitava após o consumo da bebida. Ficou internado três vezes, e com isso esqueceu o álcool. Já teve convulsão pelo excesso do consumo de álcool, por não se alimentar (sic). Foi atendido pelo SAMU que o levou tanto ao Hospital quanto à UPA em uma das vezes. Vai ao CAPS acompanhado com sua mãe para tratamento do transtorno temporário. As pessoas (vizinhos e familiares) o aconselharam a parar de beber. Relata sentir-se bem depois que parou de beber, e agora quer parar de fumar, pois fuma desde 2006. A sua trajetória de vida e o seu envolvimento com o uso de álcool é mostrada no quadro 17.

Quadro 17
Trajétoria de vida de Alex
O início do uso do álcool: 17 anos



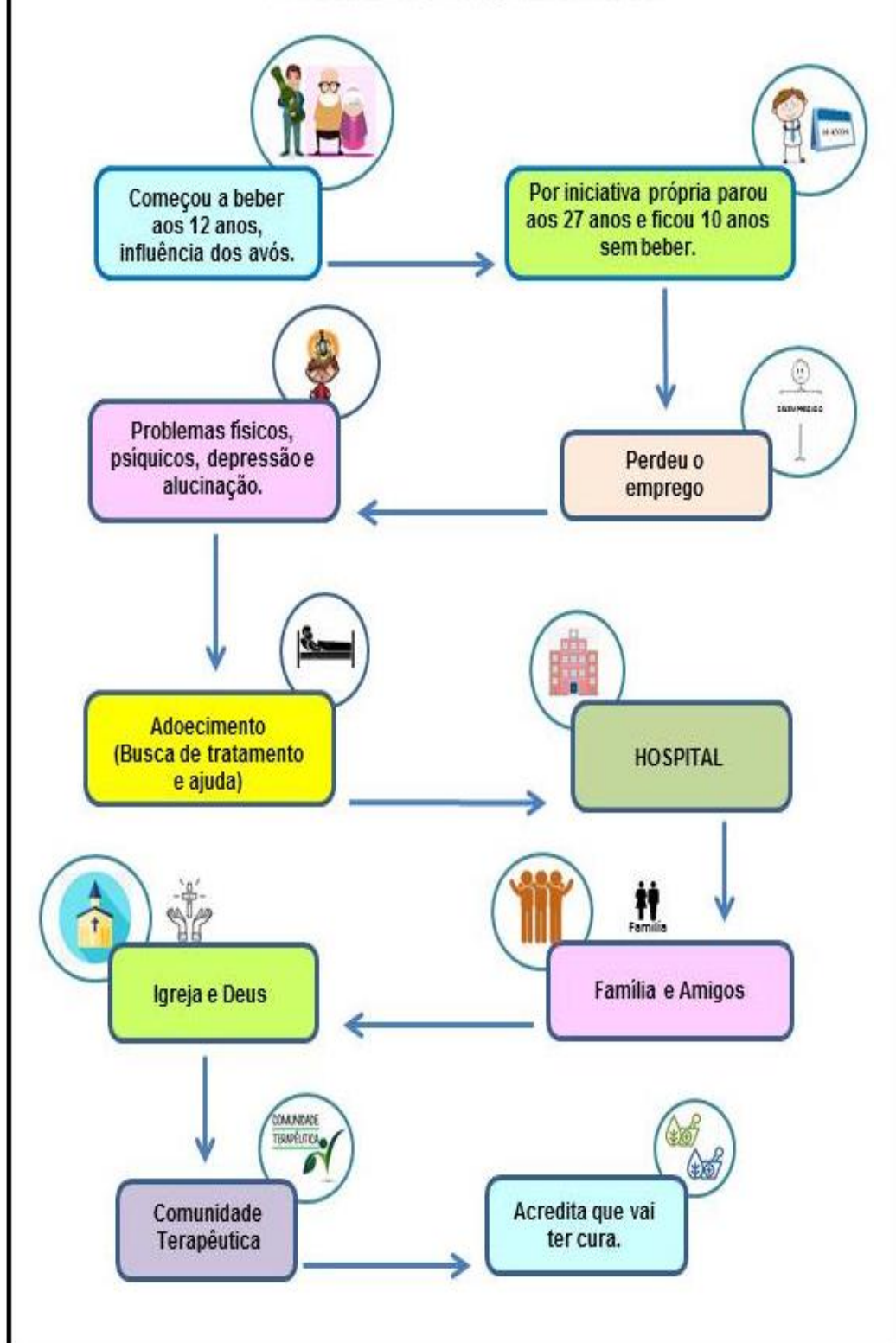
João, 49 anos, sexo masculino, nascido em Barra do Mendes- BA, casado, moreno claro, escolaridade com nível médio completo; trabalha como servente, mas sua trajetória profissional foi diversificada desde carteiro até administrador de mercado; é evangélico (da Igreja Presbiteriana desde 1995); tem dois filhos, com as idades de 19 e 17 anos. Único casamento, bom relacionamento com sua esposa e filhos. Tem um ‘bom’ círculo de amigos, mas ressaltou que a bebida “atrapalhou” (sic).

Começou a beber aos 12 anos, por “influência do seu avô”, que apesar de deixar a bebida escondida, ele a encontrava e bebia, bebendo até os 27 anos de idade. Parou de beber por 10 anos, mas teve uma recaída. Nesse retorno, teve um intervalo de abstinência, quando chegou a ficar sem beber, aproximadamente, por quatro meses, mas acabou voltando a beber.

Considera-se um “alcoólatra” (sic), porque parou por 10 anos e voltou a beber. Nesse período trabalhou por seis anos e estava ‘muito bem com Deus’, evangelizava as pessoas de casa em casa. Mas, após ter comprado uma moto para sair fim de semana e para visitar os clientes, em uma dessas saídas foi para um aniversário e tomou vinho, cerveja, cachaça. Com o tempo perdeu o emprego. A primeira vez que procurou tratamento foi por conta própria. Nessa última vez foi um colega e um diácono da igreja que dá suporte a sua família, que o ajudaram a procurar o tratamento, juntamente com Deus. Antes de ir para Comunidade Terapêutica ficou preocupado com que os outros iriam falar dele.

O quadro 18 sintetiza toda a trajetória de vida de João e sua enfermidade em consequência do uso problemático de álcool.

Quadro 18
Trajétória de vida de João
 O início do uso do álcool: 12 anos

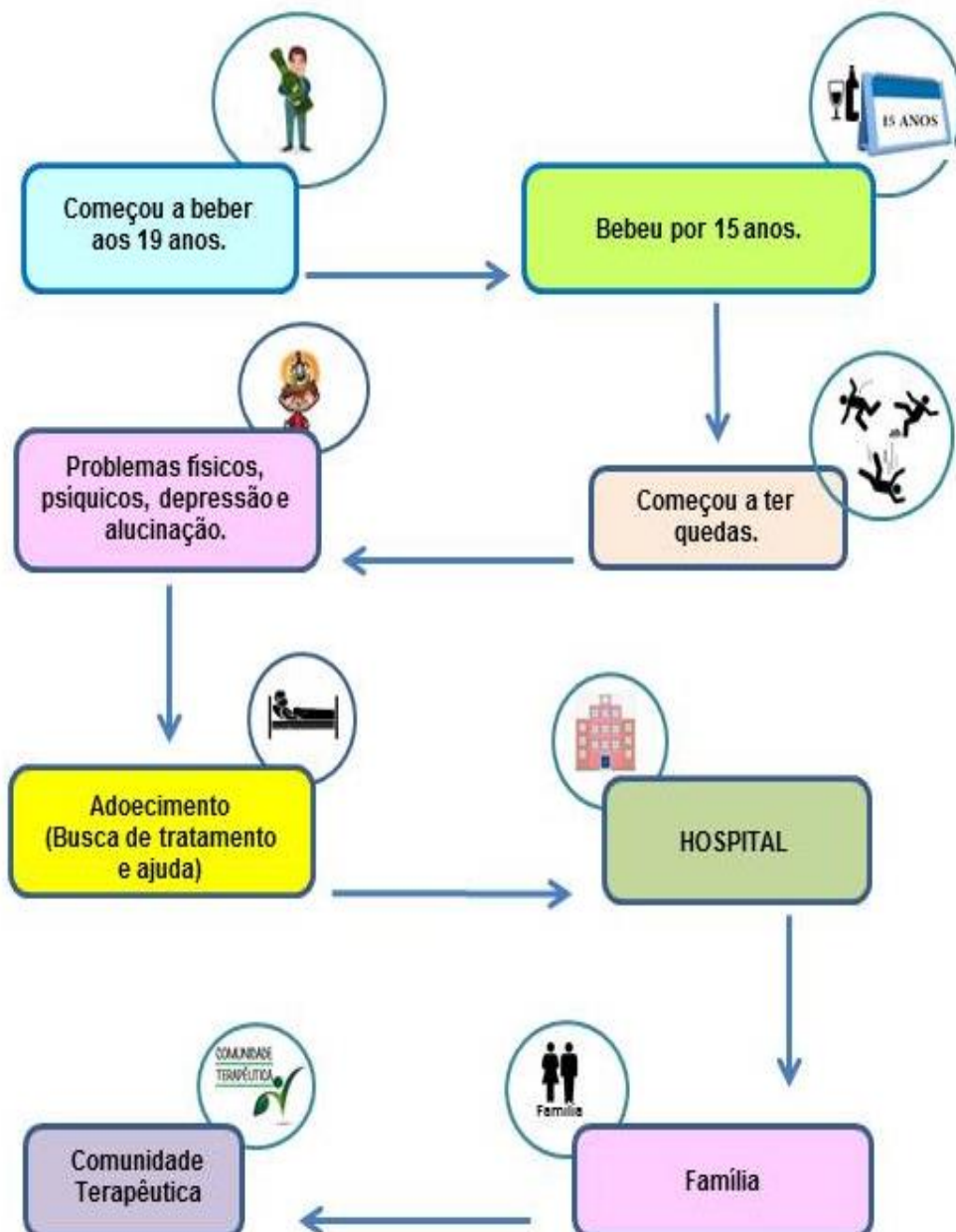


Deo, 43 anos, sexo masculino, natural de Rui Barbosa- BA, solteiro, cafuzo; escolaridade, ensino fundamental incompleto; não trabalha; recebe bolsa família para ajudar em suas despesas; trabalhou como servente; católico; não tem filhos. É proveniente de uma família com 15 irmãos (11 irmãos e quatro irmãs). “Bom convívio com a família e amigos”, mas destacou que seu convívio é mais com colegas de "bebedeira"(sic).

Começou a beber aos 19 anos nas festas juninas, depois nas farras e nas comemorações quando ganhava no jogo de futebol, bebendo por 15 anos. Percebeu que a bebida em excesso tinha se tornado um problema quando começaram as quedas de bicicleta e, numa delas, precisou ser hospitalizado. Quando bebia, no dia seguinte não lembrava o que fazia. Não faz uso de outras drogas.

O quadro 19, a seguir, resume a trajetória de vida de Deo e o seu envolvimento com o uso de álcool.

Quadro 19
Trajétória de vida de Deo
O início do uso do álcool: 19 anos



Tourão, 40 anos, sexo masculino, nasceu em Afogados da Ingazeira – PE, solteiro, branco, escolaridade com ensino fundamental incompleto; trabalha como marceneiro, mas já trabalhou com pintura e carpintaria. Não tem religião, mas acredita em Deus. Teve um filho, mas morreu com um (1) mês e 10 dias de nascido. Desde os 14 anos mora só; não conviveu com pai e mãe, foi criado pela sua avó até os 14 anos. Diz que “amigo de verdade é difícil, tem colegas”. Não oficializou casamento, mas já morou junto com uma companheira por 10 anos, mas por influência do álcool ocorreu a separação.

Quando saiu de casa para morar sozinho aos 14 anos, começou a beber “influenciado” pelos colegas; era uma forma de se reunir. Narrou que o uso abusivo do álcool fisicamente trouxe como consequência tonturas, quedas, as relações de conflitos e brigas, perda de bens materiais, afastamento dos amigos e familiares. Considera que 30 anos de sua vida “são 30 anos de derrota, 30 anos perdidos” (sic).

O tempo em que ficou sóbrio, trabalhando, foi o tempo da saúde (sic). O tempo que passa bebendo “é o tempo de adoecer e perder tudo que conquistou”. Retornou à Comunidade Terapêutica para buscar recuperação para ter de volta a confiança da família, arrumar um emprego e adquirir o que perdeu.

Só procura ajuda para tratamento em centros de recuperação, a ajuda da assistente social para conseguir chegar até a Comunidade Terapêutica. O SAMU já o levou ao hospital, por encontrar-se inconsciente em consequência do uso abusivo do álcool.

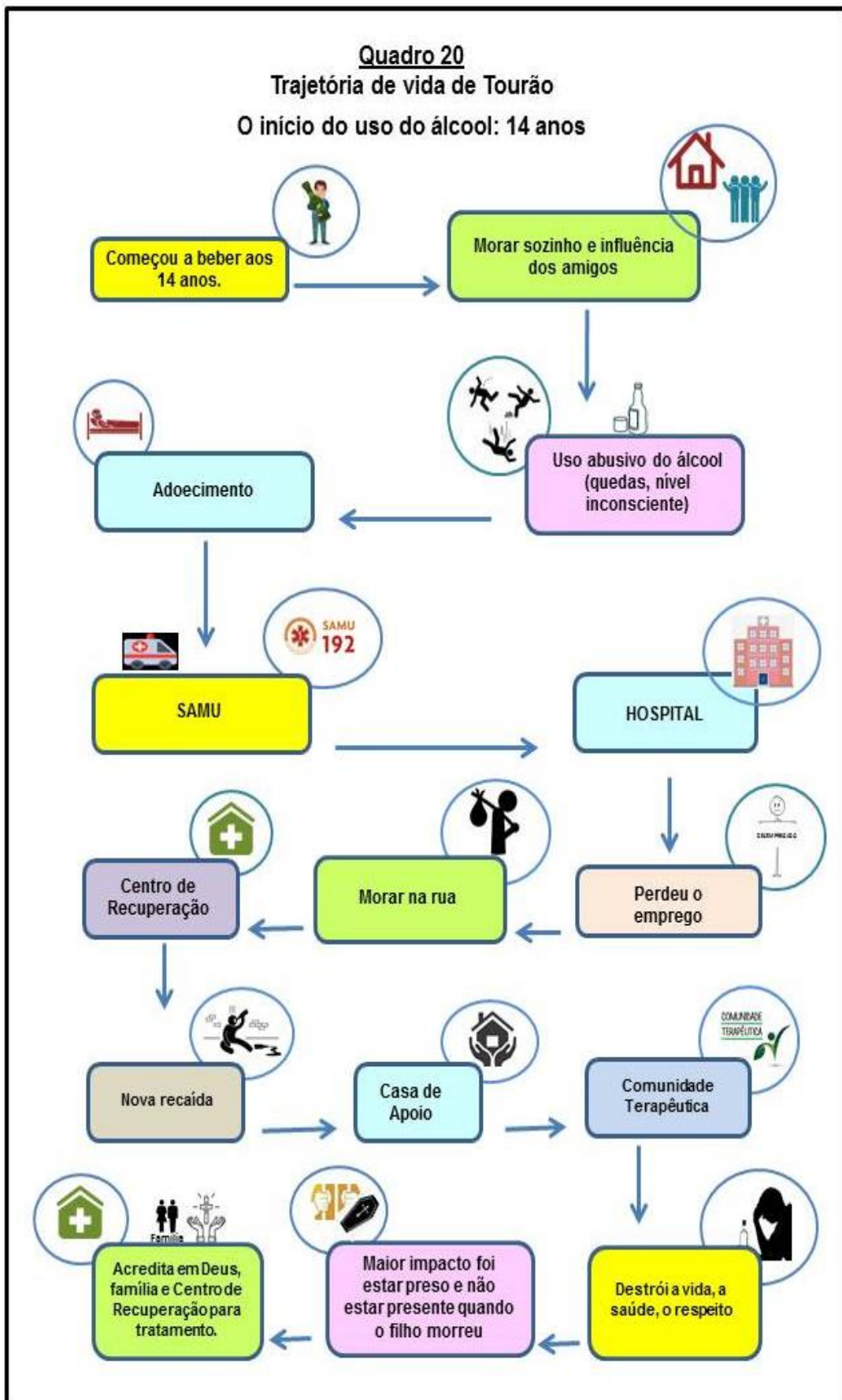
A primeira vez que procurou tratamento foi quando trabalhava como segurança e perdeu seu emprego por conta do “alcoolismo” (sic) e, como consequência, ficou morando na rua; quando não aguentou mais, procurou, por conta própria, um centro de recuperação. Nunca procurou o CAPS ou PSF porque “quando as pessoas no Brasil passam por esse tipo de problema o que elas mais procuram são essas casas de recuperação” (sic).

Saiu do Centro recuperado, mas teve “queda” de novo por conta do álcool (sic). Procurou ajuda em uma casa de apoio em Caruaru. E agora, pela terceira vez, buscou tratamento, vindo para essa Comunidade Terapêutica em busca de recuperação.

A morte do seu filho foi o que mais impactou na sua vida em função do consumo excessivo do álcool. Porque quando ele morreu, “não pude vê-lo, estava preso por irresponsabilidade e por conta do alcoolismo” (sic).

Em resumo, no quadro 20, apresentamos a trajetória de vida de Tourão e o seu envolvimento com o uso de álcool.

Quadro 20
Trajétória de vida de Tourão
O início do uso do álcool: 14 anos

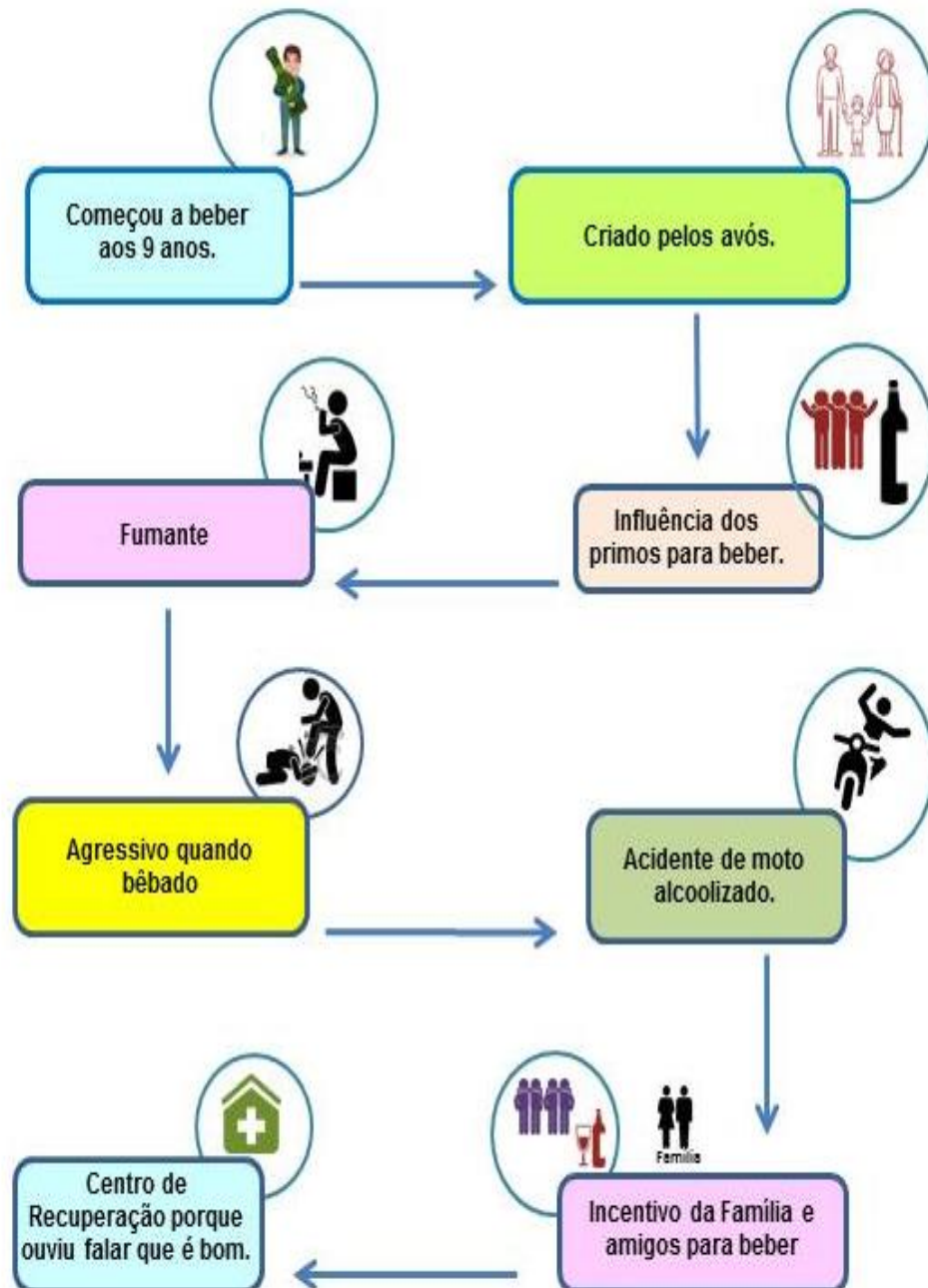


Breno, 31 anos, sexo masculino, natural de Tapiramutá-BA, solteiro, pardo; escolaridade ensino médio incompleto; trabalha como gari, mas já foi trabalhador rural; católico; não tem filhos. Mora com o avô e a avó desde pequeno. Tem poucos amigos, não tem namorada. Ressalta que até para beber, bebe sozinho. Ele chegava no mercado comprava cachaça e ia beber dentro de casa. Começou a beber aos nove anos de idade com os primos. No início bebia só fim de semana e parava no domingo porque segunda-feira era dia de trabalho. Depois começou a beber todos os dias, parando aos trinta anos de idade. Fuma cigarro, mas relata que nunca usou outras drogas. Lá no Morro onde ele morava tinha muita gente que bebia, que usavam drogas.

Percebeu que a bebida estava fazendo mal ‘por volta’ dos 25 anos de idade; estava se relacionando com uma mulher que bebia muito. “Eu sentia o organismo ficar ruim, sentia uma ‘queimação’ por dentro”, foi quando meu tio aconselhou que eu tinha que me cuidar e chamou para que eu fosse para igreja tirar tudo. Quando procurou ajuda, chegou a parar de beber por um ano e três meses. Os pais o aconselharam a parar com a bebida, porque a bebida não estava fazendo bem, ele ficava nervoso e quando bebia brigava dentro de casa, no outro dia, porque se arrependia, ia pedir perdão.

Apresentamos a seguir, no quadro 21, a trajetória de vida de Breno e o seu envolvimento com o uso de álcool.

Quadro 21
Trajétória de vida de Breno
O início do uso do álcool: 9 anos



Pedro, 38 anos, sexo masculino, natural em Barra do Mendes-BA, solteiro; moreno claro; escolaridade, ensino fundamental completo; sem vínculo empregatício, porém já trabalhou como repositor de mercado e balconista de padaria. Não tem religião, “mas acredita em Deus” (sic). É pai de quatro filhos, com as idades 18, 16, 6 e 5 anos. Mora sozinho, mas manteve uma relação estável por três (3) anos. Quando tinha 9 anos, o seu pai matou sua mãe. Tem dois irmãos vivos. Quanto aos amigos, o mais próximo é uma amiga (sic).

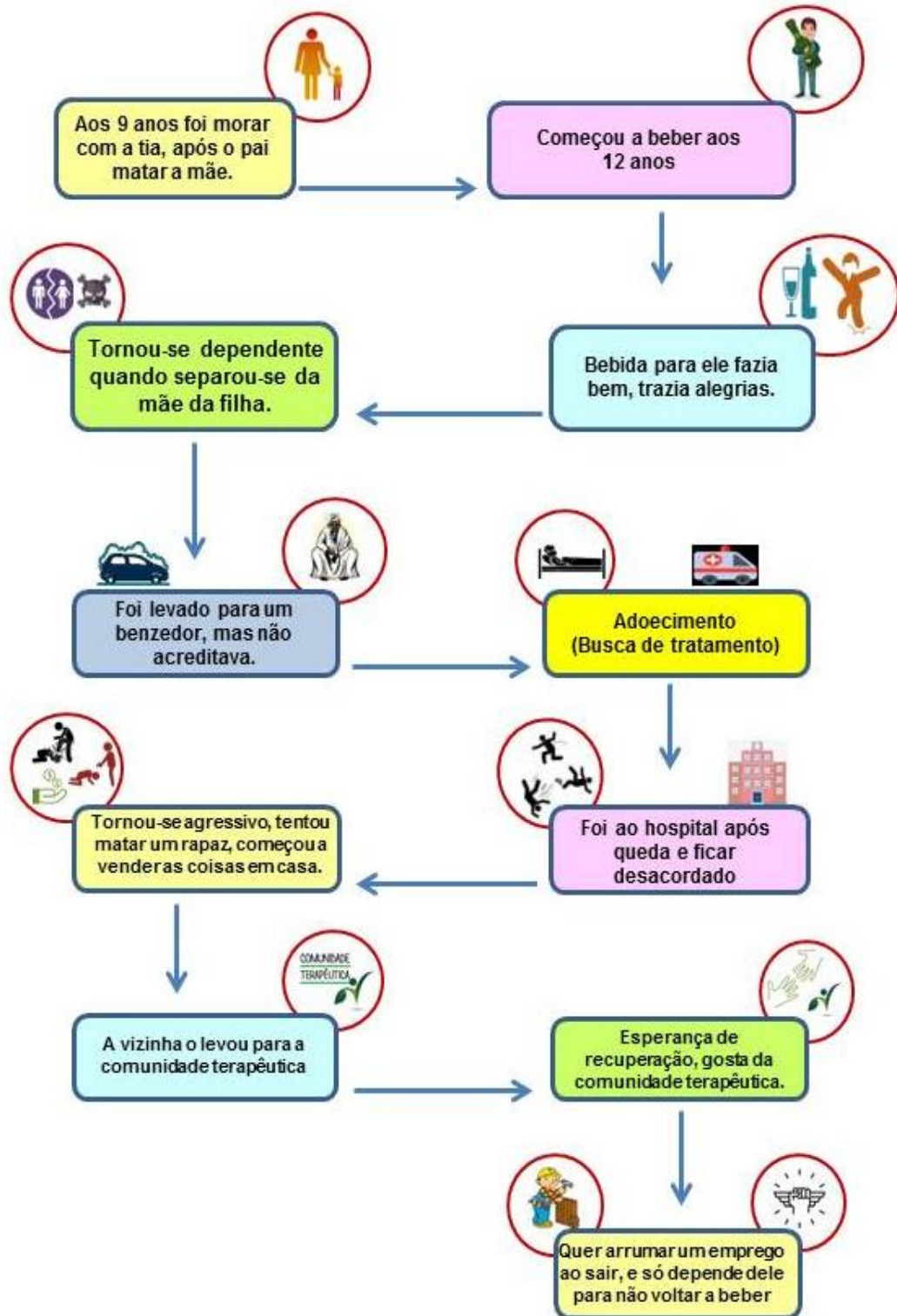
Foi criado pela tia desde os nove (9) anos, após a morte de sua mãe. Começou a beber aos 12 anos de idade, saía de casa para procurar bebida, intensificando o seu uso quando a mãe da sua filha mais velha terminou o relacionamento com ele.

Saía do trabalho e ia dormir; via “coisas imaginárias” (sic) e não conseguia dormir, por isso então, bebia para dormir. Foi levado ao hospital desacordado depois de uma queda de bicicleta por encontrar-se alcoolizado, mas quando recebeu alta hospitalar voltou a beber.

Chegou à comunidade terapêutica levado por sua vizinha devido uma tentativa de matar um rapaz; ela também percebeu que ele estava vendendo suas coisas de casa para ter dinheiro para beber.

O quadro 22 apresenta o resumo de trajetória de vida de Pedro e o seu envolvimento com o uso de álcool.

Quadro 22
Trajétoria de vida de Pedro
O início do uso do álcool: 12 anos



Fernando, 38 anos, sexo masculino, nascido em Salvador - BA, solteiro; moreno; escolaridade, ensino fundamental completo; católico. Atualmente não tem qualquer vínculo empregatício, mas já trabalhou como pedreiro e “salgador” de couro; tem 6 filhos, mas não lembra as idades. Mora com esposa e dois filhos. Foi adotado, morou com os pais adotivos até os 16 anos, quando foi abandonado pelos mesmos devido uso abusivo de álcool, ressalta que tinha amigos, hoje não tem mais.

Começou a beber quando tinha 16 anos, ao sair toda sexta-feira para ser aceito entre os colegas e tornar-se popular. Em uma das vezes em que chegou em casa bêbado, os pais o levaram para Feira de Santana e o abandonaram como um indigente, passando então a viver na rua, e ter vida de mendigo. Bebia para esquecer a vontade de comer. Todos os dias bebia com um grupo que morava em um jardim.

Concomitante ao uso excessivo de álcool, passou a usar outros tipos de drogas. Usava o álcool e as outras drogas, sempre associados. Apesar de se sentir mal, com vômitos e tremores, mesmo assim procurava forças para correr atrás de dinheiro para beber a noite novamente, tornando-se vício. “Perdi o controle, como um jovem de 18/19 anos. Já vivi nesse estado de vida, tipo vegetativa, dependente do álcool” (sic).

Perambulava pelas ruas, pedindo dinheiro, sendo muito humilhado, porque as pessoas falavam que ele estava pedindo dinheiro para beber. Buscou tratamento, só que estava ‘acostumado’ com os problemas familiares e voltou a beber e usar drogas. Foram sete (7) internações, tentando vencer o vício.

Chegou um tempo que parou de consumir as drogas e voltou a estudar, mas retornou ao mundo das drogas e, até então, nunca conseguiu sair. Hoje, com 38 anos, “tento com todas as forças a continuar a não usar droga nenhuma”. Passou longo período sem usar droga nenhuma; realizou o curso de vigilante, deixou de ser morador de rua; foi um período que mudou sua vida. Começou a trabalhar, constituiu família e reconstruiu sua vida. Porém os problemas familiares, “apertaram a mente” e voltou a beber e a utilizar drogas. Muitas coisas aconteceram porque iniciou o vício no álcool, perdeu o controle, “o organismo chama para beber; você se torna dependente. Destrói não só a você como sua família, porque se torna muito violento. Mas dei a volta por cima, arrumei um trabalho e fiquei bem visto. Tenho um coração bom e consegui dar a volta por cima” (sic).

Ele está na comunidade terapêutica, não por escolha, mas porque não pode voltar para sua cidade em função o tráfico de drogas e as pessoas que diziam que eram seus amigos estão querendo matá-lo. As pessoas evangélicas, que fazem trabalho social, foram as que o ajudou e ofereceram condições para sair daquela situação. Não conseguia se manter no Centro de

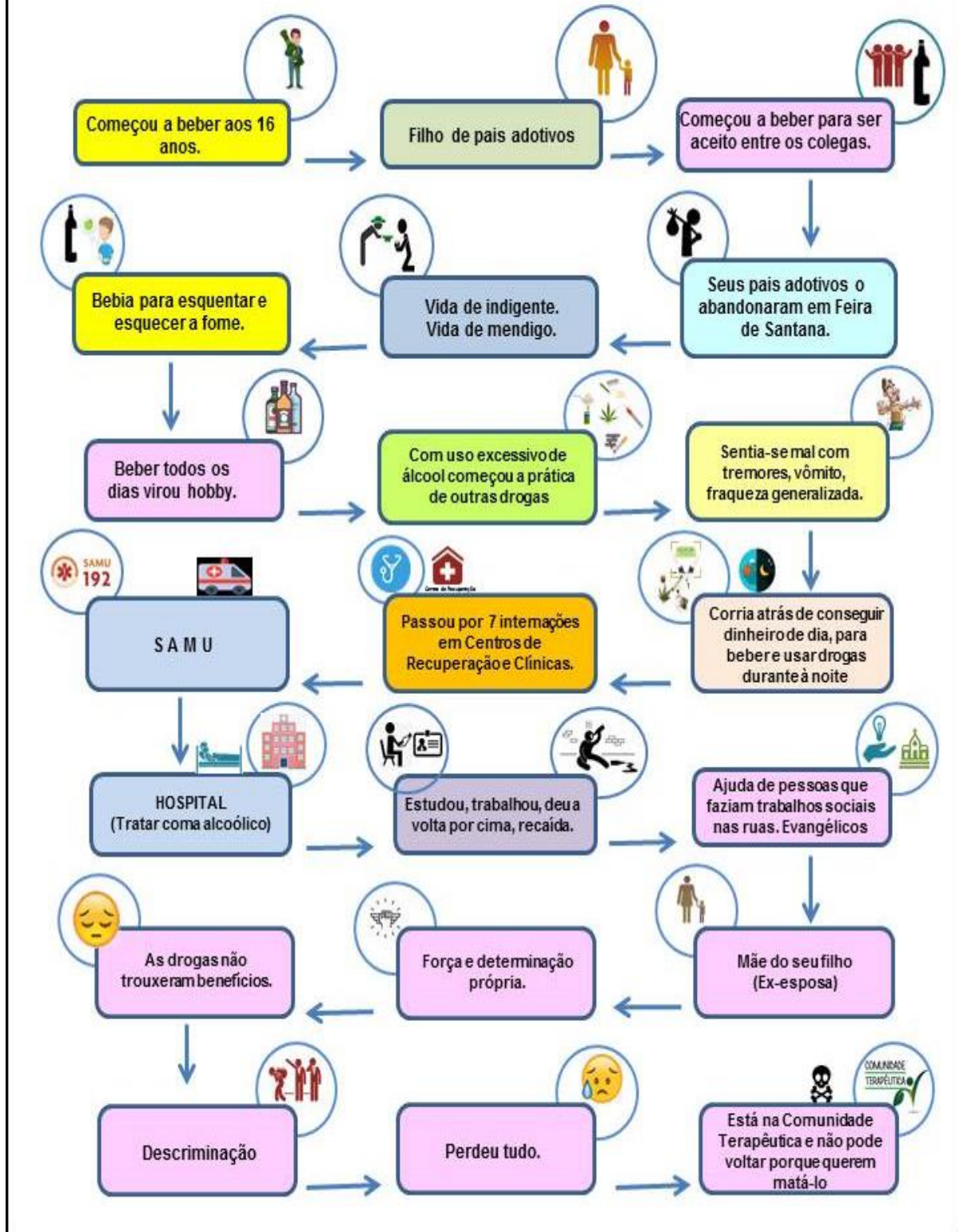
Recuperação porque tinha sensação de prisão, por ter vivido muito tempo na rua.

Em 2014 passou nove (9) meses Centro de Recuperação, e dois (2) anos trabalhando em Nova Vida. Foi isso que o ajudou na recuperação, a determinação. “Todo ser humano é apto a errar e apto a vencer. Procurei ajuda de muitas pessoas. A última vez fui atrás, ‘determinei’ e procurei ajuda. “Mas que não deve se iludir com dependente de álcool, pois ele será sempre um dependente de álcool” (sic). Todas as vezes em que procurou ajuda foi aos Centros de Recuperação. Já teve coma alcoólico, sendo levado pelo SAMU ao hospital. Agradece a ele mesmo uma força que ele não imaginava que tinha.

A sensação de estar adoecido é terrível, se ver nessa situação não só físico, mais mental, se olhar no espelho e ver como está acabado e que não é para ficar desse jeito. As pessoas olham com desprezo e isso incomoda e vai trazendo uma angústia para alma. [...]Cheguei na idade de sossegar [38 anos] e de ter um cantinho, é triste, as drogas não me trouxeram benefício nenhum, não ter onde morar. Questiona o que vai ser da vida de agora para frente. E como é conseguir uma oportunidade de dar a volta por cima, porque a sociedade discrimina muito. Quando sabe que passei pelo Centro de Recuperação e que levei uma vida tenebrosa eles viram as costas. E isso é que faz a pessoa recair por falta de aceitação das outras. As pessoas têm um olhar para o dependente químico como um criminoso não ver com o ser humano. Sou de carne e osso tenho coração tenho mente e sou igual a qualquer ser humano mas a sociedade não enxerga assim que sou um ser humano com qualquer um (Fernando).

A trajetória de vida de Fernando e o seu envolvimento com o uso de álcool e outras drogas é mostrada neste quadro 23.

Quadro 23
Trajétória de vida de Fernando
O início do uso do álcool: 16 anos



Maria Santa Bárbara, 62 anos, sexo feminino, nascida em Juazeiro-BA, estado civil união estável; cabocla; escolaridade, fundamental incompleto (até a 4ª série). Atualmente desempregada, porém já trabalhou como gari, lavadeira de roupa e faxineira; é católica; tem quatro filhos, mas não lembra as idades, sabe apenas que a mais nova tem 33 anos. Mora com dois filhos, esposo e um neto. Tem amigos.

Começou a beber aos 18 anos, quando trabalhava na roça de cebola; trabalhava e bebia, aí tornou vício. Foi influenciada pelo marido, bebe até hoje “é dura na queda”.

A perda do pai e da mãe também foi um motivo. Sua mãe era “alcoólatra” (sic), procurava briga e ela ia sempre atrás da mãe para não ver outras pessoas agredindo-a.

Ela deixou uma história para mim.

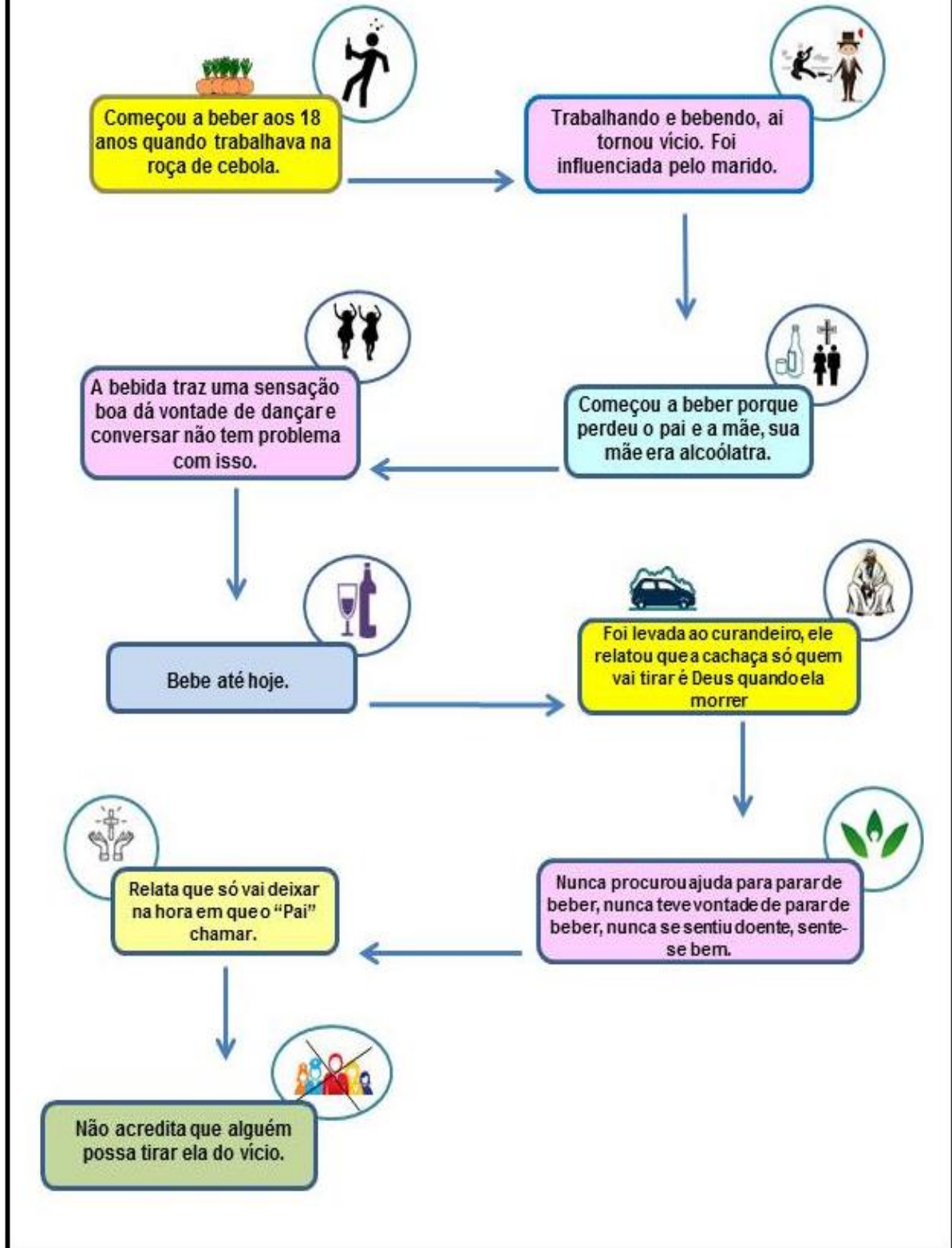
A bebida traz uma sensação boa dá vontade de dançar e conversar não tenho problema com isso... Mesmo quando passa o efeito do álcool, dá vontade de beber novamente no outro dia, se eu não tomar uma, eu não tô na mente.

Nunca procurou ‘ajuda’ para parar de beber pois só vai deixar na hora em que o “Pai” chamar; não acredita que alguém possa tirar ela do vício. Foi levada ao curandeiro, por uma ex-patroa. Lá, o curandeiro disse que “a cachaça só quem vai tirar é Deus quando eu morrer”. “Agora bota um litro dentro do caixão”, respondi para ele.

Nunca teve vontade de parar de beber, bebe todos os dias. Também nunca perdeu o emprego ou ficou doente por causa da bebida, sente-se bem. Refere que nenhum filho puxou a mãe, “cachaceira” (sic).

No quadro 24 sintetizamos a trajetória de vida de Maria Santa Bárbara e o seu envolvimento com o álcool.

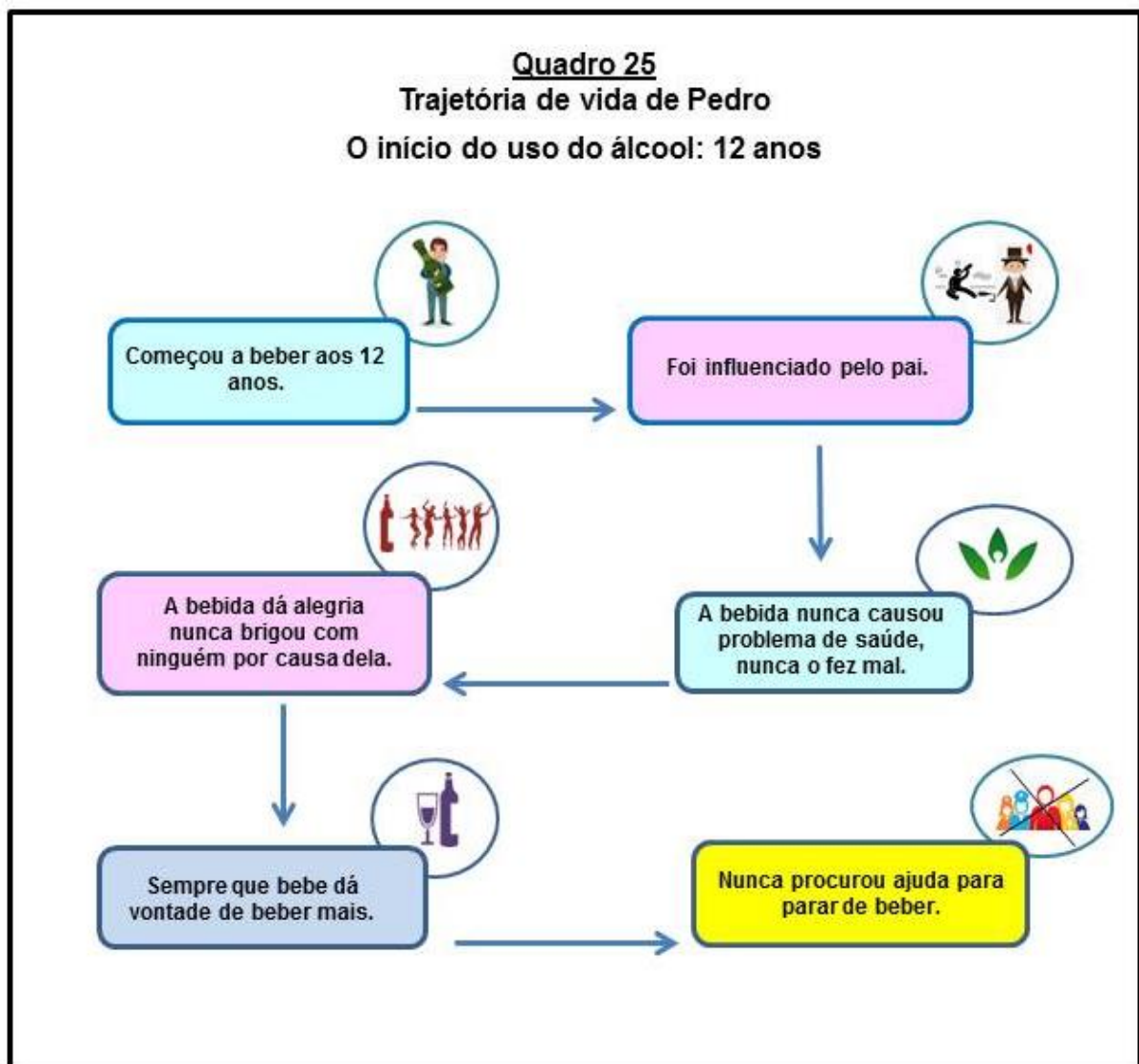
Quadro 24
Trajétória de vida de Maria Santa Bárbara
O início do uso do álcool: 18 anos



Pedro Venturini, 62 anos, sexo masculino; natural do Paraná; estado civil, união estável; moreno; alfabetizado; atualmente não trabalha, mas já trabalhou como pedreiro é “salgador” de couro; católico; tem seis filhos mas não lembra as idades. Mora com a esposa e dois filhos; tem muitos amigos.

Começou a beber quando tinha 12 anos, influenciado pelo pai. A bebida nunca causou problema de saúde, nem fez mal; já teve problemas de saúde com outras coisas. Já foi transportado pelo SAMU mas por outro problema, não pela bebida. Relata que a bebida lhe dá alegria e que nunca brigou com ninguém por causa dela. Sempre que bebe dá vontade de beber mais. Nunca procurou ‘ajuda’ para parar de beber.

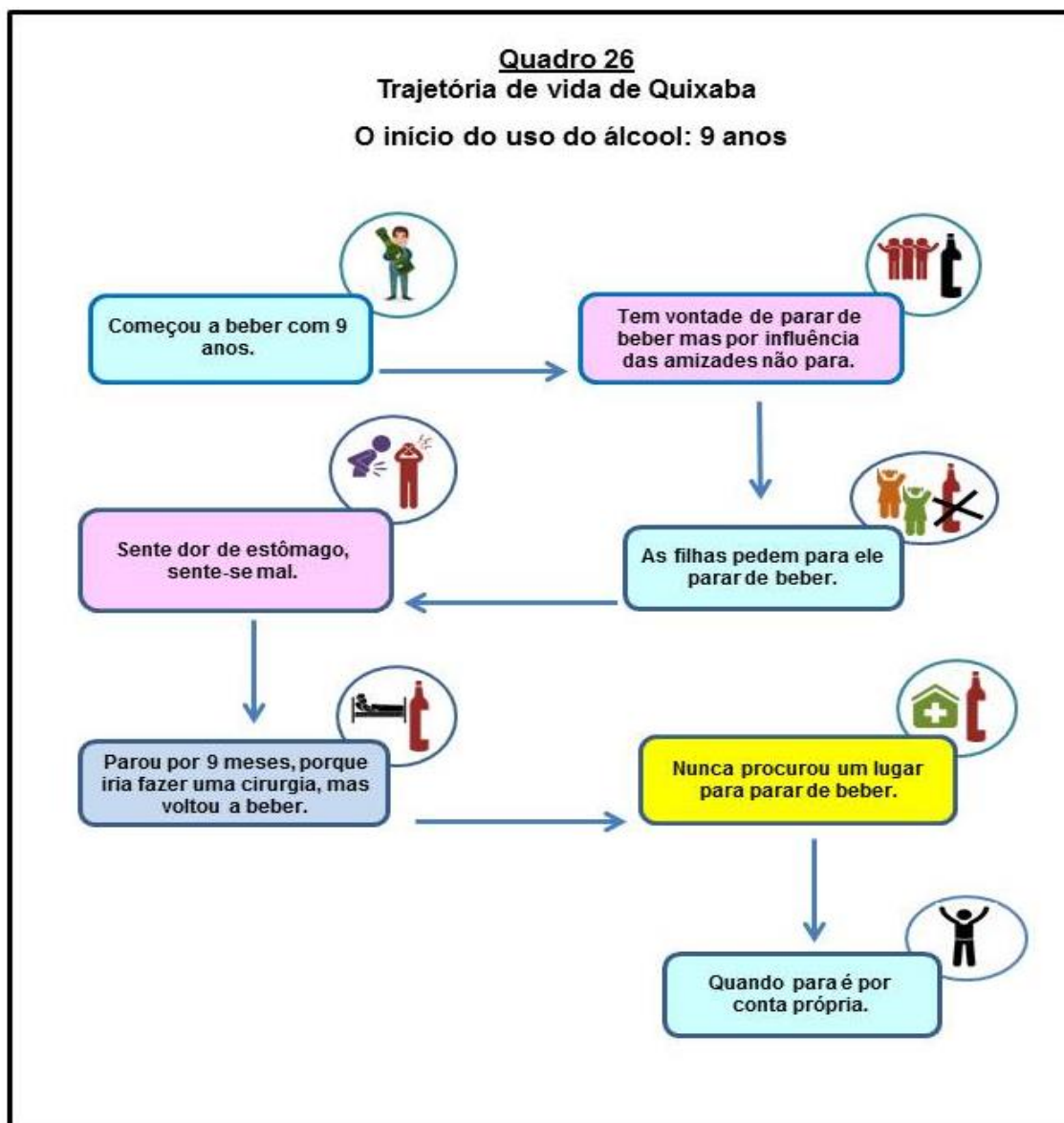
A trajetória de vida de Pedro Venturini e o seu envolvimento com o álcool é visualizada neste quadro 25.



Quixaba da Silva, 67 anos; sexo masculino; nascido em São José do Belmonte- PE; casado; moreno; cursou apenas a 1ª série, alfabetizado; exerce atividade remunerada como ajudante de pedreiro e carregador; mas sua trajetória profissional foi marcada pelo trabalho rural; religião católica; teve 10 filhos, mas cinco morreram; não lembra as idades dos filhos. Tem boa relação familiar e com os amigos (sic), porém considera três (3) amigos especiais.

Começou a beber com 9 anos de idade, mas parou apenas por 9 meses. Diz ter vontade de parar, mas os amigos o chamam e ele vai. “Minhas filhas já me pediram muito”, diz que vai tentar. Quando bebe sente dor no estômago, não se alimenta direito. Muitos da sua família já morreram devido o “alcoolismo” e que o fim é esse mesmo (sic). Nunca foi levado ao hospital porque bebeu muito. Quando para de beber é por conta própria, sem ajuda de ninguém.

A síntese da trajetória de vida de Quixaba é traduzida no quadro 26, a seguir.



Maria, 53 anos; sexo feminino; natural de Canarana- BA; solteira; união estável há 16 anos; morena; escolaridade (até a 2º série) fundamental, alfabetizada; não exerce atividade remunerada, contudo já foi trabalhadora rural; católica, teve sete filhos, mas dois (2) morreram. Está em seu segundo casamento e refere ter boa relação familiar e com os amigos; gosta de cuidar da casa e conversar com amigos e vizinhos.

Começou a beber por volta dos 40 anos influenciada pelo primeiro marido. Ele bebia e batia nela, então se separou, os filhos nessa época ainda eram novos. Seu marido dizia que ela era feia e magra e que por isso ninguém iria se interessar. Afirmou que “era magra pelo sofrimento”. Quando o marido ia para a roça trabalhar, retornava para casa bêbado; pedia o dinheiro do seu trabalho e quando ela não tinha, ele batia nela. Foi quando ela, alcoolizada, jogou álcool na roupa e riscou o fósforo para se queimar, tendo o SAMU a levado para o hospital.

Já procurou o PSF pedindo ‘ajuda’ para não beber; foi atendida para tratar as queimaduras e, conseqüentemente, a dependência pelo álcool. Sentia muita dor de cabeça, a ponto de querer bater na parede. No PSF foi tratada com injeção, calmante e realizou exames. Quando está bebendo sente-se anestesiada, não sente nada. Tornou-se viciada depois da morte de sua filha. Depois disso ficou com vontade de morrer porque os outros filhos a desprezaram. A única filha “que era seus pés e suas mão” morreu assassinada. Ela ficou abatida, sonhava que sua filha estava chamando-a e então bebia muito, chegando a cair; ficava com vergonha e com dores de cabeça e no corpo.

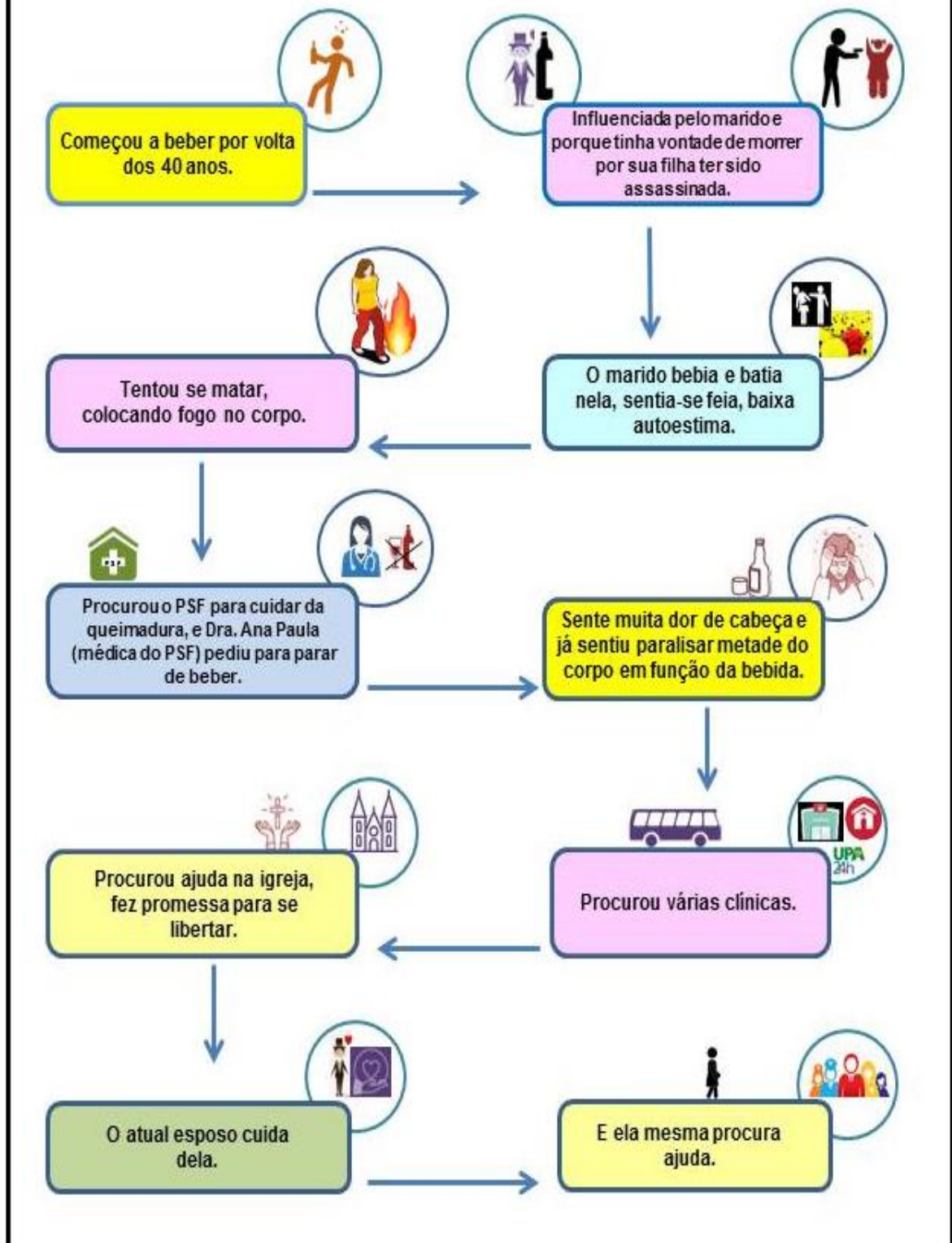
Para parar de beber procurou várias clínicas. Fez promessa à Nossa Senhora para tratar as queimaduras e se libertar dos remédios. Mas deixou de beber por conta própria. Quando mostrou o exame para diagnóstico da diabetes, a médica falou que não tinha diabetes, mas que não poderia mais beber cachaça, que tomasse cerveja sem álcool.

Relata que sentia vontade de beber logo cedo, e que percebeu que estava adoecendo quando tomou *dreher* e sentiu um lado do corpo adormecer. Depois disso prometeu não beber mais cachaça. A glicemia chegou a 200 mg/dl nesse dia e a pressão em 23 mmHg, tendo procurado naquele momento a ‘ajuda’ no PSF sem conseguir andar, arrastando-se até chegar lá. Quando adoece procura o PSF.

Vemos, a seguir, a história de vida de Maria e o seu envolvimento com o álcool sintetizado no quadro 27, a seguir.

Quadro 27
Trajétória de vida de Maria

O início do uso do álcool: 40 anos



Em síntese, neste estudo, as histórias de vida dos usuários problemáticos de álcool e o envolvimento com o álcool deixa claro que o seu início é oriundo do meio familiar, com interfaces no processo saúde doença, e seus determinantes culturais e socioeconômicos, os quais levaram-nos a um entendimento sobre o processo do adoecimento dessas pessoas em uso problemático de álcool.

A respeito da idade iniciada no álcool, houve uma variação entre 9 a 40 anos de idade, tendo em vista que 11 deles iniciaram ainda criança e/ou adolescente, entre os 9 a 19 anos de idade. Dos 13 participantes deste estudo, três (3) eram mulheres, sendo que duas (2) delas iniciaram aos 28 e 40 anos, após o nascimento dos filhos.

Eu comecei a beber com 9 anos de idade com uns primos meu. Todo dia eu bebia (Breno).

Eu comecei a tomar cachaça com 9 anos de idade. Hoje eu estou com 67 anos e nunca parei (Quixaba).

[...] comecei a beber dentro dos 40 anos. Eu comecei a beber porque eu tinha vontade de morrer. Olhava para um canto para outro não via solução, meu filho me desprezou, a única que eram meus pés e minhas mãos morreu, aí eu me abati (Maria).

As primeiras experiências envolvendo o uso de álcool aconteceram por motivos muito diversos. Algumas dessas pessoas justificaram a vivência de situações em que sentiram raiva, medo ou tristeza e ‘descobrirem’ no álcool um alívio para tais sentimentos ou sensações, como em desilusões amorosas. Para outras, o uso de álcool é algo que passa a fazer parte do cotidiano desde os primeiros anos de vida, na infância, no próprio convívio familiar.

Na maioria das vezes o início do uso de bebida alcoólica ocorre entre familiares e depois em festas e com amigos. Cruz (2006) e Dallo (2009) afirmam que dificilmente os adolescentes bebem sozinhos. De acordo com Paiva e Ronzani (2009) a influência familiar vem sendo considerada uma influência para o uso de álcool pelos adolescentes. Dados esses encontrados em pesquisas realizadas em diversos países, dentre eles, o Brasil, destacando os componentes do universo familiar, como “a ausência de boas condutas”, a falta de imposições de limites e orientações, aspectos que conduzem o adolescente ao consumo de álcool.

Eu mesma tive vontade de sentir o gosto de beber, ninguém me influenciou (Viviane).

A primeira dose que eu tomei [...]. Fui eu que quis experimentar a cachaça. Eu comecei a beber em festa[...] (Alex).

Bebo desde os 12 anos e quando a gente saía procurava bebida para tomar. Comecei a beber com 12 até hoje e vim parar aqui [Comunidade Terapêutica] por causa da bebida. ‘Ela’ começou quando eu conheci [a mãe da sua filha mais velha]. Depois que terminamos foi que desandou (Pedro).

Eu comecei a beber através daquelas festas juninas. Na idade de uns 19 anos (Deo).

Vimos nestes fragmentos de narrativas a diversidade de respostas a respeito da influência do comportamento de beber, como por exemplo, o contexto familiar e social, as expectativas e crenças, a disponibilidade comercial e a facilidade de acesso. Em algumas narrativas, exemplificamos, exemplos concretos das repercussões do uso abusivo da bebida alcóolica.

Por volta de doze para treze anos. **Eu comecei a iniciar o álcool por parte dos meus avós.** Eles escondiam uma bebida de trás do gás de cozinha e eu saía pegava e tomava um pouquinho (João).

Eu bebia mais ‘ele’ [pai]. Tinha mais ou menos 12 anos. Comprava e deixava lá. **‘Aqui filho, bebe aí’** (Pedro Venturini).

Eu comecei a beber com 9 anos de idade com uns primos meus. Todo dia eu bebia. Até os 30 anos. Desde pequeno que eu moro com os meus avós. Morava no morro com intimidade com gente de cachaçada. Muitos usavam drogas. Chegava no mercado comprava a cachaça e ia beber dentro de casa (Breno).

Eu comecei trabalhando dentro de uma roça de cebola. Tinha 14 anos. E ‘ele’ [ex marido com mais de 50 anos]. Ele era ‘alcoólatra’. Mas ele foi quem me ‘aviciou’ (Maria Santa Bárbara)

O estudo de Gomes (2012) cujo objetivo foi analisar e interpretar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes, concluiu que, tanto o sistema familiar quanto o contexto sociocultural de inserção dos adolescentes podem influenciar, ao mesmo tempo, de forma positiva e negativa o uso e abuso de álcool. Portanto a estrutura e composição da família, o padrão de interação familiar, a etapa do ciclo vital em que se encontra a família, a comunicação entre seus membros, a religião e a esperança consideramos componentes que podem-se articular diretamente à prática do consumo de álcool pelos adolescentes, colocando-se como alvo de intervenção pela saúde pública com vistas à qualificação do cuidado.

Neste estudo notamos a influência dos amigos na adolescência dessas pessoas sobre seus padrões de comportamento. Para os jovens, beber é um ritual de sociabilidade, sendo uma autoafirmação frente aos amigos.

Eu comecei a beber aos 14 anos de idade. **Foi através de amigadas de colegas que se juntava para fazer uma forma de se reunir** (Tourão).

Comecei a beber aos 16 anos. **Eu me sentia excluído no colégio por não sair com os colegas** que saíam toda sexta feira para o bar. **Aí eu queria ser popular igual a eles** comecei a sair também (Fernando).

Nos grupos, a bebida pode ser também um motivo de aproximação e de identificação entre seus membros.

Eu não me lembro bem muito como foi, foi depois que eu tive minha filha caçula. Foi nas festas, **na época das festas de São João que eu comecei a beber. Eu ia com as colegas, bebia cerveja, comecei bebendo ‘capeta’,** o ‘capeta’ que eu comecei a beber, aí comprava o ‘capeta’ e bebia (Viviane).

A história de vida das pessoas em uso problemático de álcool é permeada aqui também nas narrativas de situações de violência familiar como do pai com a mãe, do pai com os filhos, dos irmãos com as irmãs, do marido com a esposa.

Meu pai bebia, meu pai era um ‘alcoólatra’, fomos criados com ele bebendo dentro de casa de **brigar com minha mãe, minha mãe sofreu muito na mão do meu pai**, meu pai **brigava com ela batia na gente, derramava comida fora para a gente não comer**, ele foi uma pessoa muito rebelde dentro de casa e agora ele virou crente, parou de beber[...] (Viviane).

É, se separavam [as mulheres]. **Morei com uma mulher, ela bebia cachaça demais, juntava nós dois, o ‘pau quebrava’ dentro de casa**, os dois bêbados dentro de casa, aí foi ela morreu. Aí eu arrumei essa outra aí, arrumei a Silvinha, aí não me quis por causa da cachaça, aí arrumei essa outra agora (Antaro).

[...] ‘elas’ [os relacionamentos afetivos] não quiseram por causa do meu álcool mesmo. Eu bebia demais. **Uma separação foi porque nós discutíamos muito**. A outra foi por causa do álcool (Alex).

Meus pais diziam ‘eu quero que você pare com essa cachaça porque não está te fazendo bem’. **Aí eu ficava muito nervoso quando bebia, discutia dentro de casa e aí no outro dia me arrependia e ia pedir perdão** (Breno).

Minha mãe foi assassinada meu pelo pai. Ele bebia muito (Pedro Venturini).

Minha família me separou dele [marido] porque quando ele bebia **ele queria me espancar e meus irmão não deixaram**. Aí nos separamos (Maria Santa Bárbara).

O primeiro marido que para onde ele ia ele me carregava. **E ele me batia**. Aí eu me separei. [...]Ele dizia que eu era feia e ele disse que ninguém ia me querer. Eu era bem magrinha de sofrimento. Eu ia para roça quando eu chegava ele já estava bebo procurava pelo dinheiro e quando eu não tinha recebido ele me batia aí eu peguei três dedos de álcool molhei minha roupa e acendi o fósforo subiu a labareda [...] (Maria).

A relação entre violência doméstica e álcool também é enfatizado por Martins e Nascimento (2017) em seus estudos. O uso do álcool está presente como um aspecto associado à violência, defendido pelo *I e II Levantamento Domiciliar realizados pelo Cebrid, em 2001 e 2005* (CARLINI et al., 2002; 2007). O consumo do álcool é identificado como um facilitador, presente no agressor, na maioria das vezes o homem, antes da situação de violência. Entretanto, também pode ser visto como consequência, ou seja, o consumo ocorrer pela vítima após a situação de violência, como apresentado pela OMS (2002).

De acordo com a WHO (2004), os comportamentos agressivos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, quando ocorrem em contextos sociais, podem caracterizar situações de violência, reforçando que as mais frequentes são as comunitárias e familiares.

A hipótese é que a intoxicação por álcool afeta determinadas áreas do cérebro responsáveis pela inibição do controle de comportamentos mais primitivos, entre eles o agressivo. Chermack e Giancola (1997) fazem referência aos estudos que relacionam as

propriedades farmacológicas do álcool e sua ação nos sistemas de neurotransmissores com o comportamento agressivo. Além disso, a capacidade cognitiva também fica prejudicada, o que rebaixa a capacidade do indivíduo compreender situações e processar informações.

Segundo Paz e Colossi (2013) o contexto familiar é considerado tanto um ambiente de risco quanto de proteção em relação ao abuso de drogas. Por conseguinte, se uma família é acolhedora, com limites definidos, comunicação adequada, promotora de afeto e proteção poderá se apresentar como um contexto de proteção ao uso de drogas. Caso contrário, uma família com distanciamento afetivo, com dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias como a permanência ativa da dependência. Essas pessoas em uso problemático de álcool percebem-se em situações de submissão, desvalorização, com baixa autoestima, auto cuidado comprometido e até de invalidação.

Um dia cheguei em casa embriagado e meus pais adotivos viram. Eles me botaram dentro do carro me levaram para a cidade de Feira de Santana e me abandonaram como um indigente. Aí eu comecei a viver no meio da rua, uma vida de mendigo e para você passar o frio para você passar o desejo de se alimentar chegava a consumir o álcool constantemente e mais durante a noite (Fernando).

E eles [irmãos] diziam, ela bebeu, ela bebeu minha mãe dizia ela bebeu, essa 'cachorra bebeu', eles me xingavam; deixa ela morrer, deixa ela morrer, que ela bebeu; aí minhas irmãs me levavam para o hospital [solicitou pausa por apresentar dor de cabeça, começou a chorar (Viviane).

Nas narrativas, vemos relatos, que se destacam perdas, rupturas e prejuízos em diversas áreas da vida. O reconhecimento de que a forma como fazem uso de álcool se configura como problema a ser enfrentado parece associado a essas conseqüências, sendo um processo singular e marcado por situações peculiares.

No processo de problematização dessa experiência, um dos campos considerados importantes é o das relações sócio-familiares. A vontade ou necessidade de preservar tais relações podem contribuir para a decisão de busca de ajuda ou de interrupção do uso de álcool.

Minha mãe já sabia que se eu tomasse um gole já desnor-teava tudo. E aí acabava entristecendo ela. Mãe não quer ver um filho bebendo. E isso eu ficava analisando. Como é que eu ia passear na casa da minha mãe e ia beber. Por isso que eu vim para aqui e ela sabe que eu estou aqui tentando largar esse 'vício'. Porque eu só tenho os meus filhos e a minha esposa. **Eu tenho uma família abençoada. O meu futuro depende do meu presente. Quando eu sair por aquele portão eu vou dizer, epa! alcoolismo de jeito nenhum** (João).

Nesta narrativa, as primeiras tentativas de interrupção do uso do álcool foram feitas solitariamente, por vontade própria. O insucesso dessas tentativas pode ser atribuído à dificuldade de alcançar e manter a abstinência sem ter o suporte de profissionais

especializados ou de rede social de apoio, por exemplo.

E, para concluir essa análise da história de vida das pessoas em uso problemático de álcool, destacamos a capacidade de resiliência, (a capacidade de um indivíduo para ultrapassar os traumatismos e construir-se, apesar das feridas) presente em várias narrativas.

O álcool prejudica muito. E como está gravando eu peço que se algum jovem, criança pensar em entrar no álcool eu peço que não entre porque pra sair é complicado. Você pode perder sua família porque vai indo, vai indo, vai desgastando. **Hoje eu me considero um ‘alcoólatra’.** A pessoa que larga 10 anos e volta pra bebida. Foi tudo um processo. **Hoje eu tenho essa consciência que eu não posso confiar porque é só abrir as portas.** [...]Essa última vez eu já não estava mais confiando em mim pensando em fazer uma besteira em mim. Os colegas falaram que eu não tinha que desistir. Aí quando eu pensei nisso, eu disse tá errado aí, Deus me deu essa oportunidade e aí eu abracei essa oportunidade (João).

Hoje parei de tomar remédio durmo tranquilo bem e aqui é um lugar bom o pessoal ajuda a gente demais. Essa ajuda pra mim foi ótimo. É o ditado só depende agora de mim. **Sair agora e ver o que é que vou fazer da vida.** Vou tentar. **Eu sei que é difícil mais eu vou tentar.** Agora eu vou procurar ajuda agora pra não voltar a beber de novo. Quando eu sair daqui. **Procurar um emprego pra ir** (Pedro).

Há mais de um ano eu não bebo. Eu estou bem né. Agora só que eu tenho que larga o cigarro. Eu não consigo. Larguei a cachaça mas não estou conseguindo largar o cigarro. Eu fumo desde 2006, quando eu tinha 12 anos. **O importante é que eu parei de beber e não sinto mais vontade de beber não** (Alex).

Hoje eu estou me sentindo bem graças a Deus. Digno de respeito. Respeitador. Todo mundo me considera. Tenho muita amizade de rico de pobre todo mundo fala comigo me ajuda. Felicidade. Me dá vontade de chorar. Porque eu sofri muito[...]. **Tenho vontade de trabalhar. Minha mãe dava conselho, muito conselho, minha mulher dava conselho, pra não ficar com ‘bebição’,** fui parar para pensar e parei, maneei mais na cachaça. Eu não posso parar de uma vez, se eu r de uma vez os nervos ‘arreja’, quando eu passo cinco, seis dias sem beber aí os nervos começam a botar pra tremer logo, aí tem que tomar ao menos uma ou duas, para ‘calibrar os nervos’ (Antaro).

Mas eu consegui dar a volta por cima. Já fui muito bem visto na minha cidade, por ter trabalhado numa multinacional Pirelle. Eu fui o morador de rua que deu a volta por cima e apertou a mão do Presidente Lula. Todos os lugares que eu trabalhei eu disse que tinha um problema. Eu sou uma pessoa de coração bom e consegui dar a volta por cima. Hoje eu estou dentro do MAANAIM não por minha escolha não porque voltei para as drogas, mas porque eu não posso voltar para minha cidade porque o próprio tráfico de droga, as próprias pessoas que diziam que eram meus amigos estão querendo me matar (Fernando).

Já consultei várias clínicas. Já procurei igreja eu fiz promessa pra Nossa Senhora. Para as queimaduras e me libertar dos remédios. Só quem cuida de mim é ele [mostrando para o atual companheiro]. **Parei mais de beber por conta própria.** Só Dra. [...] aconselha. Parei 9 mês de beber e fumar.

Entretanto, falar de resiliência implica, necessariamente, falar de produção de saúde em contextos adversos. Embora possa parecer paradoxal, a relação risco *versus* produção de saúde é significativa na medida em que anuncia que famílias, mesmo enfrentando situações adversas, muitas vezes desde que se formam, são potencialmente capazes de desenvolver

práticas de cuidados que tem condições de permitir a emergência de competências individuais de seus membros e coletivas. Todavia para Silva e outros (2009), tal afirmação não deve ser propalada de forma ingênua uma vez que a capacidade só emerge, quando são criados e disponibilizados os recursos que efetivamente podem responder às suas necessidades.

Outrossim, Simões e outros (2010), citam Garmezy, 1987; Grotberg, 1998; Luthar, Cicchetti, Becker, 2000; Rutter, 1987; Simões, et al., 2010 ao afirmarem que a resiliência surge assim como um processo importante ao longo de toda a nossa vida e, em particular nos momentos ou etapas em que o confronto com situações difíceis se coloca de forma significativa. Para além das características que podem ser considerados como aspectos de proteção individual e outros que podem interferir com que a nossa resposta a estas situações-problema seja mais ou menos eficaz, como a presença de fatores de proteção familiares e comunitários, a existência de múltiplos fatores de stress, a forma como se percebe o problema, o confronto anterior com a adversidade, e a própria situação, o contexto e o momento em que esta tem lugar.

O estudo de Horta (2016) evidenciou a importância de ampliar as discussões sobre o tema de dependência de drogas incluindo a família como parte do cuidado, considerando o conhecimento que esta tem sobre o assunto e as diversas possibilidades criadas por ela para lidar com tal evento. Mostrou, ainda, as dificuldades vivenciadas e as estratégias adotadas para enfrentar a situação.

Portanto, as intervenções com famílias de dependentes de álcool e outras drogas, incluindo todos os membros familiares, poderão ampliar o foco em relação à forma como as famílias vivenciam a problemática. Corroborando com estudos nacionais e internacionais, Alvarado; Amarilis; Mejías (2013), Bertrand e outros (2013), Selbekk; Sagvaag; Fauske (2015) e Fatemeh; Shokouh, Reza (2012), que reforçam essa abordagem como eficaz e produtiva, pois favorece a adesão do dependente químico ao tratamento; melhora os padrões adaptativos da família (funcionamento familiar); reestrutura a interação familiar problemática; reduz o consumo de drogas; diminui a taxa de recidivas; e refina a resolução de problemas.

Contudo, ao particularizarmos, a prática da enfermagem, ela, precisa estar centrada nos elementos de positividade presentes nas interações entre o pai/mãe e seu contexto, ou seja, naquilo que eles são capazes de fazer bem, apesar dos desafios que enfrentam. Segundo Silva e outros (2009), Não se trata de negar as dificuldades, os riscos, as perdas, mas, sim de reconhecer que num mesmo contexto co-existem fortalezas e fraquezas, recursos e destituições. Da mesma forma, é interessante que os enfermeiros reconheçam que as capacidades dos cuidadores podem ser desenvolvidas ou reforçadas, por meio de ações

implementadas tanto no âmbito profissional como não profissional. Isto implica reconhecer as competências para esta finalidade não apenas nos profissionais, mas, também, na família e na rede de suporte social informal.

Ademais, os estudos de Walsh (2003;2005;2007) ao tratar da resiliência defende a necessidade da família manter uma visão positiva, mais realista, dominando o possível e aceitando o inevitável. Características que quando presentes podem oferecer clareza sobre a vida e conforto em situações de angústia, tornando os eventos inesperados menos ameaçadores, além da possibilidade da aceitação de situações que não podem ser modificadas. Afirma ainda que muitas famílias encontram força, conforto e orientação nos momentos de adversidade através da ligação com tradições culturais e religiosas. Portanto, a resiliência familiar poderá influenciar o modo como os indivíduos lidam com as situações que afetam o sistema familiar como um todo, estando a forma como os seus membros reagirão a uma determinada situação diretamente relacionada com as suas habilidades para responder às circunstâncias estressantes a que é submetida.

Diante dessa situação, Walsh (2005) propõe três domínios que fundamentam os processos-chave da resiliência que teriam diferentes componentes e caminhos diversos tais como: o sistema de crenças familiares, os padrões organizacionais e os processos de comunicação. Na oportunidade ressaltou que o sistema de crenças familiares constitui-se como uma poderosa força para a resiliência. De acordo com as famílias resilientes constroem um sistema de crenças comuns que as orienta para a recuperação e crescimento. Processo que torna-se possível ao normalizar e contextualizar a adversidade e estresse, gerando um sentido de coerência que redefine a crise como um desafio controlável, passível de ser resolvido. Implica a capacidade de conferir sentido à adversidade.

Nesse mesmo entendimento Claus e outros (2018) complementam que a percepção desses familiares poderão reconhecer que suas forças facilitadoras viabilizam o processo de resiliência familiar, Entretanto, tal fato não implica que o usuário mudou sua atitude e comportamento, retroalimentando as ações de enfrentamento dos familiares. A relevância de compreender as forças familiares segundo esses autores, subsidia e instrumentaliza a prática clínica dos profissionais de saúde, sobretudo das (os) enfermeiras (os), no processo de empoderamento dessas famílias para (re)descobrirem suas potencialidades e manejarem as situações adversas vividas no contexto das drogas.

Considerando que as narrativas dos entrevistados traduzem a importância da participação da família, tanto no processo de busca e continuidade do tratamento, quanto em seus projetos de vida; e que as atividades propostas no CAPS e na Comunidade Terapêutica

principalmente os grupos terapêuticos, têm sido fundamentais para o estímulo dos usuários a continuarem no processo de reabilitação, vemos a necessidade de ampliação e articulação das estratégias de atuação desses serviços, a fim de inserir as famílias no processo de atenção à saúde dos usuários, de maneira que elas também recebam o cuidado e percebam que são essenciais para que os sujeitos se mantenham motivados e comprometidos com o tratamento.

Corroborando com Gomes e outros (2015), precisamos considerar que a própria condição de vulnerabilidade percebida nas narrativas dos participantes deste estudo pode contribuir para as recaídas e interrupções no tratamento. Neste sentido, tanto o envolvimento da família, quanto a ampliação e o aprimoramento de atividades terapêuticas e de reinserção oferecidas poderão fortalecer o usuário em seu processo de reabilitação.

Por conseguinte, diante da grande expectativa dos usuários de reconstituírem laços sociais interrompidos ou fragilizados e (re)construírem vínculos com o trabalho, é importante que as ações de cuidado envolvam a comunidade, promovendo esclarecimentos, desmistificações e quebra de paradigmas. Além disso, faz-se mister a proposição de ações integradas e interdisciplinares, que proporcionem aos sujeitos sua reinserção social por meio de descobertas e aprimoramento de habilidades, capacidade de resolução de problemas, experimentação e exercício de cidadania, bem como resgate da autonomia, autoestima e de sua atuação na família e na comunidade, respondendo, assim, às expectativas de reconstrução de suas histórias de vida.

A visibilidade do estigma, da vergonha e da culpa observada neste estudo nas mulheres em uso problemático são sentimentos vivenciados por essas mulheres antes, durante e após o seu tratamento. Nascimento e outros (2017) afirmam que esses sentimentos e a sensação de “fracasso” aniquilam a percepção de chegada à altura de ‘papéis’ e expectativas sociais, tornando ainda maior o desafio do cuidado terapêutico implementado durante o tratamento, já que normalmente essas mulheres não possuem espaços para dialogar sobre seus sofrimentos, não verbalizando e cronificando suas experiências danosas.

4.2 PROCESSO SAÚDE DOENÇA DOS USUÁRIOS PROBLEMÁTICOS DE ALCOOL

Esta categoria foi dividida em duas sub-categorias, analisadas a seguir.

4.2.1 O USO DO ÁLCOOL: uma contradição entre o “bem” e o “mal”

O estudo de Heckmann e Silveira (2009) sobre o consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto de forma positiva, o que dificulta o reconhecimento de determinados

padrões de consumo como doença e, ao mesmo tempo, a mobilização de profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso do álcool. Na realidade esses autores se referem a dupla moral de uma sociedade que, por um lado, tolera ou promove o consumo moderado do álcool e, por outro, discrimina o consumo excessivo e fora de controle, confundindo, muitas vezes, a população que precisa se orientar pelas normas.

Inicialmente, o uso de álcool é compreendido como fonte de prazer, alívio, desinibição e descontração. Uma compreensão paradoxal, uma vez que, para algumas pessoas não é visto ou percebido como algo ruim, o que dificulta a percepção de adoecimento, dependência e, conseqüentemente, o cuidado à saúde.

É notória que a ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade (CEBRID, 2005).

Segundo Ramos (2016), as alterações de comportamento podem incluir exposição moral, comportamento sexual de risco, agressividade, labilidade do humor, diminuição do julgamento crítico, alterações no afeto, na fala, na diminuição do desempenho motor, no pensamento, além da baixa coordenação motora. Esses efeitos podem afetar qualquer indivíduo, em todas as idades. As conseqüências do uso continuado de álcool, podem ser devastadoras no desenvolvimento de doenças autoimunes, cirrose, diabetes e depressão, são apenas alguns exemplos, sendo reforçado pelo autor: "e com um agravante: bebidas alcoólicas são drogas legais, estão à venda em cada esquina. De todas as drogas, o álcool é a que tem o maior número de usuários e a que começa a ser consumida mais cedo, entre os 12 e os 13 anos de idade"¹⁰, argumenta. O poder destrutivo do álcool, para esse autor, vem da capacidade de provocar lesões em tecidos adiposos, cobertos de gordura. Como o cérebro é todo revestido de tecido adiposo, ao atacar essas regiões o álcool desencadeia um processo inflamatório no cérebro, que altera a bioquímica e, conseqüentemente, as transmissões elétricas entre as sinapses (feitas pelos neurotransmissores).

No entanto, contrapondo-se às conseqüências danosas sobre o uso problemático do álcool, destacamos algumas narrativas a seguir:

Bebo desde os 14 anos de idade até hoje. E sou 'dura na queda'. **Eu sinto vontade de dançar e conversar.** Não tenho problema com isso aqui. Me dá vontade de no outro dia 'arrochar o nó'. Porque se eu não tomar uma, eu não estou na mente [...]. Nunca tive vontade de parar de beber. **E não me sinto mal.** Bebo todos os dias. **Não perdi nada com a bebida.** Nem um filho. Tá tudo vivo aí. Enchia o bucho e

¹⁰ **Texto extraído da internet:** sem numeração de página.

nenhum é ‘pinguçu’ que nem a mãe. **Nunca perdi um emprego, nunca fiquei doente por causa da bebida.** Só me sinto bem (Maria Santa Bárbara).

Já tive problema com outras coisas mas por causa de bebida não. A bebida nunca me fez mal. Quanto mais eu bebo mais eu tenho vontade de beber. Nunca procurei ajuda para parar de beber (Pedro Venturini).

Quando estava bebendo, me via feliz da vida. Aquela felicidade não era nada bom depois quando passava (Deo).

Eu não percebia nada, pra mim estava tudo bom. Vim perceber agora. De oito meses pra cá. Pra mim quanto mais eu bebia estava tudo bom. Não pensava nada porque a bebida só traz alegria pra você. Ai no outro dia você fica com aquela ressaca e o que é que você faz torna a beber de novo e esquece de tudo (Pedro).

Todavia, é só com o passar do tempo e com o aumento do uso do álcool é que começam a ser percebidos os primeiros prejuízos. As conseqüências negativas do uso não estão ligadas exclusivamente à substância psicoativa em si, mas sim à relação que estabelecem com ela, vistas nas narrativas divergentes das anteriores:

Me via assim, uma pessoa com falta de amor pela vida, falta de carinho consigo mesmo, falta de respeito, uma falta de respeito muito grande com a gente uma falta de equilíbrio na gente, falta de responsabilidade. Porque uma mãe de família com 3 filhos, bebe cachaça sendo levado para o hospital pelas mãos pelas mãos dos outros hoje em dia não faço mais isso [...] **Eu me sinto assim uma pessoa desprezada, uma falta de respeito, de caráter, falta de amor por amor pelo amor próprio,** porque a pessoa tem que ter amor próprio pra fazer essas coisas, tem que ter amor próprio, porque senão porque se não tiver amor próprio não, não...se eu tivesse amor próprio ninguém tinha me levado para canto nenhum mas também eu não me arrependo de ter bebido e alguém tem me levado não (Viviane).

[...] Eu resumiria em destruição da vida completa que o álcool trouxe só isso [prejuízos devido a bebida]. Perda de bens materiais. Afastamento dos entes queridos, da família. As pessoas iam se afastando, os próprios colegas por conta do álcool. Surgia conflitos e brigas terminava perdendo (Tourão).

Só coisas ruins [o álcool]. Doença pro seu corpo. Não traz nada de bom não. É uma alegria de momentos bons que passa é passageiro. Depois quando você está fora você percebe que não trouxe nada de bom. E eu não sei porque volta de novo que nem eu voltei pro álcool de novo buscando uma alegria buscando companheirismo mas é enganoso quem for por esse lado só vai se destruir, quando você está fora você percebe. **Eu resumiria em destruição da vida completa que o álcool trouxe só isso** (Tourão).

Eu hoje tenho 38 anos e não tenho nem um pedaço de telha sobre a cabeça. Hoje eu fico pensando o que é que vai ser da minha vida daqui pra frente? Será que eu vou conseguir mais uma oportunidade de dar a volta por cima. Porque a sociedade discrimina muito a gente. A sociedade quando sabe que a gente passa por um centro de recuperação e leva uma vida tenebrosa eles viram as costas. Isso é que faz a pessoa recair por falta de aceitação das pessoas. As pessoas tem um olhar para o dependente químico totalmente criminoso. Ele não lhe vê como ser humano. Poxa eu sou de carne e osso, eu tenho coração eu tenho mente eu tenho dois olhos eu sou igual a qualquer ser humano mas a sociedade ela é tão cega que ela não consegue enxergar isso. Que eu sou um ser humano como qualquer um (Fernando).

4.2.2 A “CERTEZA” DA DEPENDÊNCIA DOS USUÁRIOS PROBLEMÁTICOS DE ÁLCOOL: “ele me aviciou”, “eu me avicie!”

Historicamente desde os tempos mais remotos, para Heckmann e Silveira (2009) a definição de alcoolismo está associada ao status social, uma espécie de suporte às relações e às interações sociais. No entanto, foi em 1849 que surgiu o termo alcoolismo e uma de suas primeiras definições, foi com Magnus Huss, que o definiu como o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora, (destaque nosso) observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo. Neste sentido “pensar em uma sociedade livre das drogas é utopia” (VALÉRIO,2012, p.209).

Na trajetória da dependência, inicialmente o álcool está associado ao prazer, alívio, desinibição, descontração e a aceitação. Porém, o uso dessa substância geralmente é vinculada com outro tipo de transtorno mental, problemas familiares, falta de limites, depressão e com os grupos de amigos. O companheirismo durante a adolescência e a ida à festas podem influenciar o uso nos finais de semana, iniciando o uso problemático de álcool. Com o passar do tempo e com o aumento da ingestão podem ser percebidos os primeiros prejuízos. A quantidade e a frequência do uso começam a aumentar até o estágio que essas pessoas se percebem como dependentes. Um momento que é marcado pela perda de controle sobre o uso e a dificuldade de realizar atividades do cotidiano.

Ninguém me ofereceu não, eu que cheguei na boate, **mandei encher o copo e bebi, daí, portanto, ‘avicie!’**; aí eu quero parar, tem dia que eu não bebo não, mas tem dia que eu não bebo dá no juízo tem que tomar uma ou duas, para aliviar mais o coração, de uma passa para duas, aí passa para três, até pra quatro. É só assim que eu bebo, antigamente eu tomava dois, três litros É só assim que eu bebo. Antigamente eu tomava dois, três litros. Mas agora maneirei mas agora (Antaro).

A primeira dose que eu tomei **eu ‘avicie!’**, **aí eu ‘avicie!’ e não parei de beber mais.** Bebia todo dia. Só destruiu minha vida. Meu sonho de ser feliz. Já era para mim está formado. Eu saí da escola por causa do álcool. Foi muito ano [por 4 anos]. Bebia todos os dias durante esses 4 anos. Eu trabalhava só para beber (Alex).

Aí ia trabalhando e bebendo. Ia no galpão e tome ‘água’. **Ai me ‘avicie!’**. Depois não deu certo, minha família me separou dele [companheiro] porque quando ele eu bebia ele queria me espancar e meus irmão não deixou. Aí nos separamos (Maria Santa Bárbara).

Quem me ‘viciou’ a beber foi meu pai. Eu bebia mais ele (Pedro Venturini).

Se tornou um vício [o álcool]. Todos os dias era essa mesma rotina. Isso causou ‘mal benefício’ pra mim porque eu não conseguia me controlar. Se eu não bebesse, eu tinha estremecimento das pernas, das mãos, porque meu corpo já estava

dependente do álcool. Imagine um jovem com 18 pra 19 anos já nesse estado de vida. Eu não vivia, eu 'vegetava' (Fernando).

Em seus estudos Kaplan (2004) concluiu que as condições que levam ao consumo excessivo de álcool em alguns indivíduos e não em outros são muito complexas por envolver interações entre fatores genéticos, psicossociais, ambientais e neurobiológicos. Alcoolismo é uma doença multifatorial e os efeitos farmacológicos de etanol que oferecem suporte à recompensa de álcool e comportamento de busca de álcool envolvem ações em vários receptores e sistemas neuroquímicos ocorrendo por todo o corpo. Estudos neurofarmacológicos em animais forneceram evidências para mecanismos neuroquímicos específicos no cérebro que estão envolvidos na dependência do álcool. Porém, a cessação ou redução do uso de álcool inicia-se um desequilíbrio entre a diminuição da neuroinibição e aumento neuroexcitacion. Isso faz com que as manifestações clínicas da retirada do álcool: por exemplo, tremores, alucinações, insônia, ansiedade ou agitação e possivelmente convulsões. O álcool também afeta vários outros neurotransmissores. Embora cerca de 30% de todos os pacientes dependentes de álcool são admitidos para hospitais gerais, normalmente para tratar as doenças físicas relacionados com o álcool, enfatizadas nesse estudo, a dependência de álcool em si é, muitas vezes, ignorada ou não diagnosticada.

Segundo Boni (2016), precisamos diferenciar os diversos padrões de uso de álcool, pois são eles que vão estar associados ou não, a diferentes problemas de saúde e sociais. De modo geral, o uso crônico e 'pesado' de álcool está relacionado a problemas físicos e mentais. Para se ter uma ideia, existem mais de 60 doenças associadas ao uso de álcool, além da dependência e da cirrose - que são as mais conhecidas. Já o consumo episódico pesado, ou *binge drinking* (uso de 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, sendo que uma dose é igual a uma lata de cerveja ou um cálice de vinho ou uma dose de uma bebida destilada) está mais relacionado a problemas sociais, como acidentes e violência. Existem várias formas de classificação dos padrões de consumo de álcool. Especificamente, no Brasil, o SUS utiliza a CID -10 (OMS, 1998).

O sofrimento corporalmente vivenciado pelos sujeitos não é, muitas vezes, compreendido pelas pessoas ao redor, que estabelecem julgamentos e atuam de forma preconceituosa. O receio de sofrer com algum tipo de preconceito leva a postergarem o início do tratamento.

Os sintomas e sinais da Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) estão relacionados à alteração nos níveis de liberação de noradrenalina e dopamina. A hiperestimulação adrenérgica, que pode ser intensa na SAA, deve-se a uma redução da atividade de adrenoreceptores inibitórios pré-sinápticos do subtipo α_2 , um fenômeno conhecido como

down-regulation. A hiperatividade de receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato) também está relacionada ao aumento da liberação noradrenérgica no *locus ceruleus* de ratos, observada após a retirada do álcool. Segundo Laranjeira e outros (2000), estudos referem que a liberação de dopamina, durante a SAA, apresenta queda a níveis inferiores aos observados no período anterior à exposição crônica ao álcool, por cessação do disparo dopaminérgico na área tegmental ventral. Esses efeitos são responsáveis por um grande número de reações fisiológicas, tais como:

- taquicardia por ativação de receptores beta-adrenérgicos;
- hipertensão por ativação de vias alfa-adrenérgicas;
- aumento da força de contração do músculo cardíaco por ação adrenérgica inotrópica positiva;
- náuseas e vômitos devido à redução do esvaziamento gástrico;
- piloereção;
- midríase;
- tremores pela facilitação da neurotransmissão muscular;
- aumento do consumo de oxigênio;
- aumento da temperatura corporal em até 2°C.

As narrativas mostram também os comprometimentos para a saúde que emergem, geralmente, como doenças associadas ao uso de álcool. Foi a partir de alguma experiência sobre o processo de adoecimento em consequência do uso problemático do álcool que a maioria dessas pessoas deste estudo passaram a perceber que estava diante de uma situação que deveria ser enfrentada, até porque o gradativo agravamento do quadro clínico os levou a situações que se configuram como experiências “limite” para cada um.

Para os usuários pesquisados, além do mal-estar provocado, o agravamento do quadro clínico foi associado à perda ou diminuição da capacidade de administrar os fazeres cotidianos e de cuidar do próprio corpo, alucinações, problemas físicos e mentais.

Foi no dia que eu adoeci [a certeza do processo do adoecimento], eu fiquei com os braços travado porque eu tomava remédio e bebia cachaça. Eu fiquei com os braços travado porque eu tomava remédio e bebia cachaça. Eu não percebia que o álcool trazia doença. Meu corpo ficava tremendo. A mão ficava tremendo. Não percebia que estava fazendo mal. Eu vomitava também, no outro dia. Quando eu bebia eu ficava assim agitado. Andava pra cima e pra baixo. Ficava andando nas ruas. Só chegava em casa de noite. Conversava sozinho [...]. **Percebi que o álcool estava fazendo mal** (Alex).

[...] **A bebida prejudica não só a mim nem a outras pessoas.** Eu vim pra cá

através dos colegas e eles falaram João ‘a gente não pode estar com você toda hora pra cima e pra baixo. E eu disse! é verdade, então vou largar da bebida três mês quatro meses e vou ficar em casa sossegado’. Por isso que eu vim aqui e ela [a família] sabe que eu estou aqui tentando largar esse vício. Porque eu só tenho os meus filhos e a minha esposa. Eu tenho uma família abençoada. Quando eu sair por aquele portão eu vou dizer epa! ‘alcoholismo de jeito nenhum’ (João).

Você só vem realmente perceber quando o álcool está te destruindo lhe derrubando é quando você está sem forças nem pra engolir o álcool e nem pra caminhar nem está se alimentando. Você praticamente perde as forças pra tudo. Então você se torna incapaz de fazer qualquer coisa que você queira. Aí você percebe nessa hora, quando você não tá mais conseguindo ingerir o álcool. Ele já tá te derrubando pra você morrer (Tourão).

Mas isso[o álcool] me trazia muito malefício pra mim porque no outro dia quando eu levantava estava com ânsia insuportável de vômito, malmente conseguia me por de pé, malmente conseguia controlar as minhas pernas por causa do uso excessivo de álcool durante a noite. Mas assim mesmo tinha que sair pra correr atrás de dinheiro pra poder a noite beber de novo (Fernando).

Depois que eu tomei um dreher e começou a adormecer um lado [eu pensei] , ‘o diabo quem vai beber mais cachaça, eu não’. E não bebo mais não. O diabetes foi para 200. Quando eu bebia, sentia dor na cabeça. Teve uma hora que me deu vontade de rumar a cabeça na parede (Maria).

De acordo com Quinderé (2013) “O adoecer em função do uso de uma substância tem aspectos que ultrapassam o mero efeito farmacológico que esta tem no organismo humano. As substâncias psicoativas, as representações e os significados sociais que estas substâncias possuem, assim como as expectativas dos que a consomem, são de fundamental importância para o desenvolvimento dos agravos que possam vir a ocorrer. Na realidade, segundo Leite (2015), a experiência da pessoa com a substância psicoativa, em um determinado contexto é que definirá seus efeitos e uma possível forma patológica dessa relação, O uso de drogas aqui pode ser entendido não só a partir dos efeitos físicoquímicos da droga, e sim construído a partir de dimensões sociais e individuais, ou seja, não e só os elementos químicos existentes na substância que promovem o processo desorganizativo na vida de algumas pessoas”.

Diferentemente das demais narrativas apresentadas a fala de Pedro deixa claro que uma vizinha foi que observou que ele não estava bem e o levou para ser acompanhado no PSF.

Não foi eu, foi minha vizinha que percebeu que eu não estava bem. E eu percebi também uma coisa. Sai de casa umas seis da tarde quando voltei pra casa ao invés de ir pra casa entrei no mato ai tinha um rapaz conversando ai eu perguntei se ele estava falando comigo ele disse que não eu disse que sim. Fui em casa peguei uma faca voltei pro bar tomei mais uma dose de pinga foi tão rápido. Desse dia pra cá essa mulher me trouxe pra cá e estou aqui até hoje já faz 8 meses; Via coisas, não conseguia dormir, aí bebia pra dormir (Pedro).

Dispositivos como vínculo, acolhimento ou solidariedade são visíveis nesta narrativa. Ao acolher o ‘Pedro’, essa vizinha o levou ao serviço de saúde. Comungamos com Franco,

Merhy e Bueno(1999) que ela assumiu acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas, mediante os parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Segundo Merhy (1994), é uma oportunidade de se criar vínculos que implicam uma interrelações próximas e claras, que podem levar os profissionais da saúde a se sensibilizarem com o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida, possibilitando intervenção nem burocrática e nem impessoal.

Dos 13 entrevistados desta pesquisa, alguns deles associaram o uso do álcool a outras drogas, Antaro, João e Alex referiram o uso de álcool e cigarro e Fernando uso de maconha e outras drogas após iniciar o uso de álcool.

Nunca usei não, só o cigarro mesmo, só 'coringa' mesmo (Antaro).

Agora só que eu tenho que largar o cigarro. Eu não consigo. Larguei a cachaça mas não estou conseguindo largar o cigarro. Eu fumo desde 2006, quando eu tinha 12 anos. Depois do alcoolismo eu passei até a fumar cigarro. Drogas eu nunca usei. Minha droga só era a cachaça (Alex).

E através do uso excessivo do álcool eu passei a praticar o uso de outras drogas. O começo de tudo é o álcool. Mas nunca deixei de beber. Fumava a maconha, mas assim mesmo eu me embriagava (Fernando).

O álcool é a primeira substância consumida por pessoas que mais tarde apresentam problemas com o uso de drogas. No estudo de Barry e outros (2016) eles se reportaram que o consumo de álcool entre os jovens, na maioria das vezes, precede do uso de tabaco ou maconha assim como fizeram uma associação entre a idade em que os jovens começam a consumir álcool e a predisposição para o abuso de outras substâncias mais tarde, ressaltando que quanto mais cedo ocorre o contato com o álcool, maior a chance dos usuários se envolverem com outras drogas ilícitas posteriormente.

4.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: experiências vividas no processo de enfermidade

De acordo Cabral e outros (2011), o Sistema de Atenção à Saúde é acionado no processo de cuidado por três setores que caracterizam práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia) dentre outras, o popular (cuidados caseiros, auto-cuidado) ou o folk (práticas místicas e religiosas de cuidado).

A identificação precoce de pessoas com uso problemático de álcool é importante, uma vez que é uma das possibilidades para que o profissional atue de forma preventiva, contribuindo para a redução de problemas causados pelo (WEBSTER, 2004).

Entretanto a maior parte das pessoas que fazem uso problemático de álcool não é diagnosticada (WEBSTER, 2004). Geralmente, elas se apresentam com sintomas ou problemas que não parecem estar relacionados diretamente à bebida. Ou seja, muitas dessas pessoas adoecidas procuram, inicialmente, a assistência médica devido doenças ou condições subseqüentes ao uso de álcool em padrões acima do limite de baixo risco. Contudo, por meio da reconstrução das suas trajetórias, podemos apreender o caráter dinâmico e complexo da experiência e o espectro de percepções e concepções relativas ao uso de álcool, que vai desde a inexistência de problematização (geralmente presente no início do uso) até a definição da situação como um problema a ser enfrentado.

Todavia, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014) entre 2010 e 2013 foram contabilizadas mais de 313 mil internações no Sistema Único de Saúde decorrentes do alcoolismo quando são gastos, em média, cerca de R\$ 60 milhões por ano com pessoas dependentes do álcool.

Entretanto, vemos a necessidade de maiores esforços, tanto dos gestores, quanto dos profissionais, na tentativa de uma compreensão e ajuda ao alcoolista, assim como a criação e efetividade de programas de atendimento, acompanhamento e tratamentos e qualquer trabalho voltado para a prevenção, educação e tratamento requer de seus profissionais a quebra de paradigmas estigmatizantes e preconceituosos para contribuição de maior acesso aos serviços e, diminuição da exclusão social, com enfoque no processo multifacetado de mudança de vida do usuário de álcool.

Atualmente existem muitos questionamentos acerca de quais seriam os modelos mais adequados de intervenção para o cuidado de pessoas que fazem consumo problemático de álcool e outras drogas, buscando assim maneiras eficazes de lidar com uma questão que vem se tornando preocupação pública. Apesar disso, também é visível a falta de conhecimento e pesquisas na área, principalmente no que se refere às comunidades terapêuticas, o que se torna fundamental desenvolver pesquisas neste campo, buscando compreender melhor quais são os sentidos atribuídos pelas pessoas que procuraram atendimento à saúde.

Os itinerários terapêuticos de usuários problemáticos de álcool revelaram dois padrões de busca de cuidado: um direcionado para o cuidado oferecido pelo sistema profissional (SAMU, UPA, Hospital de Referência Regional, atendimento ambulatorial de psiquiatria, Comunidade Terapêutica), destacado nas narrativas a seguir:

Dois vezes procurei o hospital. Uma vez caí da bicicleta e fiquei desacordado aí me levaram pro hospital. Ai pronto. Sai do hospital e no mesmo dia estava bebendo (Pedro).

Minha mãe me levou para o **hospital**. Porque [eu] estava sem me alimentar, sem fazer nada, com depressão. Aí levou para o psiquiatra e ele passou uns comprimidos pra mim lá, faixa preta, aí daí comecei a tomar remédio controlado, e aí até melhorei [...] paguei 5 meses no **HCT***(Hospital de Custódia e Tratamento pertence a Secretaria de Justiça). Tinha tratamento. Tomava remédio e comia toda hora. [...]Eu tomava o remédio me sentia mal aí eu ia lá no **PSF** e eles me davam injeção. No **CAPS** nós víamos pegar remédio, só depois fiquei passando uns dias por aqui (Antaro).

[...]cheguei a tomar remédio demais, cheguei a tomar remédio demais e **fui pra UPA**, através desses problemas financeiros em casa não me controlava e ia para lá para me medicar e várias vezes aqui eu desmaiava aqui, já cheguei bêbada aqui (**CAPS**), foi meu primo que me trouxe, eu não me lembro, já cheguei bêbada aqui na copa [do CAPS] e não me lembro (Viviane).

[...]tive convulsão. Eu fiquei **internado fazendo uns tratamento** aí eu esqueci o álcool. Já fiquei internado de convulsão. Eu bebi muito e fui parar no hospital. Eu fiquei um dia e depois sai no outro. Umas três vezes. Sim. Porque eu bebia e não comia. Não se alimentava não. As pessoa chamavam o **SAMU**. Uma vez foi pela ambulância. Levavam pra **UPA** (Alex).

Fui pro SAMU por causa do álcool, minha família já me levou pro **hospital** por causa do álcool. Quase inconsciente [...]. Aí procurei também no Pernambuco também, em Caruaru, mas lá é só uma casa pro povo (**casa de apoio**). Deus, meus colegas, minha mãe e minha irmã Procurou ajuda nos Centros de recuperação só. Ninguém me indicou. Eu sabia que tinha. Só **procurei a assistência social**. Pra poder ter o endereço (do centro de recuperação) [...]. Acredito que ainda existe recuperação. E o MAANAIM [**comunidade terapêutica**] é isso. Meus amigos, meus colegas são esses que estão me ajudando, minha família deu eu entregue em confiança, porque eu pedi pra vir pra cá. Eu agradeço primeiramente a Deus e segunda a eles que me deram esse voto de confiança. Cabe à mim então agora segurança. Na recuperação eu encontrei um amor um carinho uma amizade mais sincera mais aconchegante a saúde de volta e adquirir de novo um crédito de confiança. Não tive dificuldade nenhuma. Quando eu estou fora do álcool é totalmente diferente (Tourão).

Fui ao **PSF** me arrastando pelas paredes. Primeiro eu fui ali num lanche de uma colega minha, aí fiquei lá ela botou o café eu não aguentei a língua dormente eu disse ‘fulana eu não tô sentindo as mãos não nem os pés. Mulher não estou aguentando não’. Quando cheguei lá no PSF a mulher disse atende ela logo que ela está passando mal. A pressão estava 23 e o açúcar em 200 (Maria).

Apesar desses itinerários terapêuticos das pessoas com uso problemático do álcool, vimos algumas dificuldades no processo do cuidar, dentre elas a administração da rotina diária de cuidar da casa a falta de tempo de ir ao CAPS; além de não gostarem de tomar o remédio devido os efeitos colaterais e a permanência por um período longo na Comunidade Terapêutica, ficando longe da família, mesmo recebendo suas visitas.

No começo teve a dificuldade assim, porque, tinha vez que eu não queria vir. E nem sempre eu tomava o remédio. Não queria tomar o remédio só querer beber cachaça. O remédio me fazendo mal de manhã aí agora passei pra injeção. Aqui no CAPS eu me sinto no céu. É minha família a daqui. Meu pai morreu eu vivo com uma prima minha. Tem 10 anos que minha mãe morreu, me deixou encaminhadinho (Alex).

Eu vejo também que os psiquiatras e psicólogos passam remédios muito fortes. Eu vejo uns aqui toma e fica parecendo que está fora de si. E ficava com medo também. Hoje também tenho medo porque remédio pra mim é pior do que a própria bebida. Eu acho muito forte estes remédios que eles passam aqui (João).

Mas não conseguia me manter no lugar. Pra mim eu me sentia como se eu tivesse preso, num ambiente desse de recuperação ou de uma clínica. Eu me sentia preso. Pelo costume de viver na rua (Fernando).

[...]inclusive a dificuldade que eu tenho só quando os meus meninos estão em casa que eu não posso vim fazer o tratamento direto aqui passar o dia se divertir porque eu tenho três filhos para cuidar boto eles na escola só venho um período de tarde (Viviane).

A outra busca do cuidado, contemplou os sistemas informal, popular e profissional em diferentes combinações e situações. Em todas as trajetórias narradas mencionaram utilizar o cuidado oferecido pelo sistema profissional no processo de adoecimento em decorrência de algum desconforto ou comprometimento clínico decorrente do uso crônico ou intoxicação pelo uso de álcool. Mas, em situações emergenciais, também utilizaram como tentativas de enfrentamento do problema os sistemas informais em situações que levavam à percepção da existência de um problema, mesmo que não admitido ou significado enquanto tal.

Minha mãe mandou procurar o rezador. Eu consegui andar através da reza. Já, andava direto na igreja pra pedir pra Deus força pra eu poder conseguir andar. Aí fui conseguindo andar aí. O povo falava para mim, vá em uma igreja, que pede força à Deus que consegue para você andar aí comecei a frequentar a igreja. Eu não posso parar de uma vez, se eu parar de uma vez os 'nervos' arreiam, quando eu passo cinco, seis dias sem beber aí os nervos começa a botar pra tremer logo, aí tem que tomar ao menos uma ou duas, para calibrar os nervos (Antaro).

Comecei frequentando a igreja e eu comecei a ir mas ela e além do tratamento eu vi que estava esquecendo das coisas já estava um pouco mais tranquilo tem uns 3 a 4 meses já estava começando a dormir um pouquinho mas não tinha aquela vontade de dormir direito igual hoje eu tenho. E hoje graças a Deus quem sustenta minha família é a igreja. Hoje eu vejo a diferença de amigos, aqueles da bebida é só na hora da bebida. Acabou o dinheiro, acabou o amigo. Tive o exemplo deles (João).

Muitas vezes na própria rua. Pessoas evangélicas. Porque tem muitas pessoas que fazem trabalho social na própria rua. Pessoas que eram usadas por Deus. Que davam cobertor, roupa e sopa. Muitas vezes essas pessoas perguntavam se eu queria sair daquela situação. Eu dizia que queria. Mas não conseguia me manter no lugar. Pra mim eu me sentia como se eu tivesse preso, num ambiente desse de recuperação ou de uma clínica. Eu me sentia preso. Pelo costume de viver na rua (Fernando).

A finada Maria Boca Mucha me levou no curandeiro. E o que ele me disse eu acreditei. Sentei de frente a ele na cadeira. Ele disse oh não adianta você procurar curador não adianta você procurar ninguém porque sua cachaça só quem vai tirar é um. Eu digo quem? Aquele pai quando ele lhe chamar. Eu digo. Agora bota um litro dentro do caixão. Eu respondi pra ele. Ele disse que só deus pra tirar sua pinga (Maria Santa Bárbara).

Eu já tentei uma vez ir no centro espírita mas minha mãe não deixou. Tentei uma vez no centro espírita com minha ex patroa minha ex patroa me levava através

disso o Homem disse que eu não tinha problema nenhum, que eu era para ser médium, disse que era pra ser médium. Aí eu ao invés de ser tratada, eu que fui tratar das pessoas. Eu gostei, só que minha mãe não deixou mais eu ir, minha mãe é religiosa, aí ela não deixou mais eu ir (Viviane).

As famílias utilizam a fé e a espiritualidade como um aspecto de proteção e esperança, entregando a situação nas mãos de Deus, na busca de que o problema seja resolvido e que continuasse tendo forças para não desistir.

Segundo Gomes (2012) a religiosidade está relacionada com habilidades que auxiliam na construção do desenvolvimento emocional e pessoal, através dos fundamentos pregados, inserindo valores de ordem moral, com a finalidade de respeito e preservação da vida. Além disso, a religiosidade gera a crença na existência de um Ser Superior, cujas leis visam ao bem-estar do indivíduo (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004). A inserção, a prática religiosa, e o consumo de álcool e outras drogas, vem sendo analisada no Brasil. Os resultados apontam que, quando estão presentes comportamentos relacionados à maior aderência religiosa, incluindo a formação religiosa dentro da família e a prática frequente, eles atuam como fatores de proteção para o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas (FARIA; DAVID; ROCHA, 2011).

Nas 13 narrativas analisadas, 11 destacaram a importância da família no suporte, tendo oito (8) delas considerado a mãe como protagonista principal no processo saúde doença daquele usuário problemático de álcool – filho ou filha. Outrossim, destacamos as narrativas de alguns usuários que consideram a importância dos familiares, amigos, colegas e vizinhos que ajudaram esses usuários na busca da sua recuperação.

Para Carvalho (2006, p.15) a família tem sido um ator privilegiado no âmbito das políticas públicas e no setor saúde, concentrando benefícios e serviços, pois é compreendida como parte da rede primária de cuidados dos indivíduos. Sobre a família recaem, portanto, diversas expectativas e desde “[...] produção de cuidados, proteção, aprendizagem de afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade”.

Minha família me levava pra UPA. [...] Mãe, irmãos, vizinhos, amigos, igreja. Inclusive eles me ajudam, me falam se eu não parar de fumar, não parar de beber eu não vou ter uma vida boa, nem qualidade para cuidar dos meus filhos eles falaram para eu lembrar dos meus filhos [...] Eu tenho uma irmã que ela pode se matar de beber, mas ela não vai me dá um copo de cachaça. Ela bebe, mas se eu encostar perto dela, ela disse ‘oh nem venha, eu não vou dar para você não, não pode tomar’, ela fala logo (Viviane).

[...] aí meu tio disse ‘rapaz você tem que se cuidar, vamos pra embora para a igreja tira tudo’ [...] Minha irmã ouviu falar que esse centro aqui era muito bom. Ela disse

e mãe falou que o de Feira de Santana é muito perigoso. Nunca procurei ajuda em PSF, CAPS, igreja. Meu colega disse, 'é você vai ter que parar essa vida porque você desse jeito que você vive aí na rua parecendo um cachorro, bebo você tem que parar'. Ai eu disse 'é isso mesmo'. Teve uma enfermeira também lá em casa. **Só meus avós e meu padrinho que me dava muito conselho** (Breno).

Ai uma vizinha que morava perto de casa viu que eu não estava bem mesmo já estava fazendo coisa errada, vendendo minhas coisas de dentro de casa pra beber e ai um certo tempo agora a minha vizinha viu que eu não estava bem e me trouxe pra cá. Desse dia pra cá essa mulher me trouxe pra cá e estou aqui até hoje já faz 8 meses (Pedro).

Minha mãe já sabia que se eu tomasse um gole já desnorteava tudo. E ai acabava entristecendo ela. Mãe não quer ver um filho bebendo. E isso eu ficava analisando. Como é que eu ia passear na casa da minha mãe e ia beber. Por isso que eu vim para aqui e ela sabe que eu estou aqui tentando largar esse vício. Porque eu só tenho os meus filhos e a minha esposa. **Eu tenho uma família abençoada** (João).

Nos estudos Alves e Backstrom (2012), e demais autores como Segalen (1981); Cresson (1995); Nunes (1997); Alves(2008) e Silva (2008) a família é considerada decisiva (mais natural também) para favorecer uma trajetória menos 'negativa' da doença e da cura, naqueles casos em que esta é equacionada. Cabe à família detectar os sinais e encaminhar para procurar ajuda, tratamento e orientação. Nas famílias cabe às mães a responsabilidade pelas trajetórias terapêuticas dos seus familiares, o que tem sido documentado nesses estudos.

Em síntese, os percursos vivenciados e as tentativas de enfrentamento da dependência não são lineares. Geralmente os processos de busca por ajuda, e de chegada a um serviço de saúde foram mediados por familiares ou amigos. Pudemos notar que, em um primeiro momento, os familiares e amigos acolheram, aconselharam à abstinência ou redução do consumo e os convidaram para ir à igreja. Se, por um lado, o momento de escolha e decisão por algum tipo de tratamento seja visto pelos sujeitos como individual é visível nas narrativas a importância das redes no 'papel' de orientar e sustentar os processos de busca de ajuda.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo PROCESSO DO ADOECER E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM USO PROBLEMÁTICO DE USO DE ÁLCOOL COM BUSCA DO CUIDADO À SAÚDE nos permitiu não apenas conhecer mais também entender a história de vida de pessoas em uso problemático de álcool em busca de cuidado à saúde.

O uso problemático de álcool é um processo complexo que envolve questões psicossociais, econômicas, culturais e de saúde, a partir do seu envolvimento com o álcool, com repercussões no processo saúde doença e os seus itinerários terapêuticos, em busca de cuidado à saúde no município de Irecê – BA.

De acordo com narrativas das pessoas com uso problemático de álcool, a sua relação com álcool é marcada pelo início do consumo ainda na adolescência, motivado por um contexto familiar desestruturado, o fácil acesso da substância, influência da mídia e a própria cultura sobre o álcool como aditivo para obtenção de prazer ou associado à diversão. Contudo, é notório que consumo nocivo/abusivo/problemático do álcool é um determinante de risco para a violência doméstica e, na maioria das vezes, a família, em especial a mãe e os filhos, são as maiores vítimas como vimos, inclusive, nas narrativas dos usuários problemáticos de álcool deste estudo a respeito de violência.

Por conseguinte, a dependência do álcool é uma doença complexa, altamente heterogênea, na qual os riscos pessoais, incluindo os genéticos e os ambientais, estão emaranhados, os quais podem influenciar, mediante a grande heterogeneidade clínica, as abordagens terapêuticas.

O paradoxo entre o “bem” e o “mal” existente no uso do álcool , explicitamente visíveis nas narrativas que a sua aceitação e a legitimação dificultam o reconhecimento do uso problemático do álcool, assim como a percepção da dependência , do processo de enfermidade e do sofrimento quando identificados, uma realidade sentida por tais usuários quando as consequências já estão avançadas.

Alguns usuários, aparentemente, têm uma “consciência” que diminuir o consumo do álcool é algo possível, porém deixar plenamente o consumo é difícil. Nas narrativas sobre o aspecto da resiliência os mesmos explicitaram a dificuldade de ter controle, de lidar com a ausência do consumo e a necessidade de “ter opinião” para manter ou começar a mudança no

decorrer do processo do tratamento e durante a sua vida de retorno à família, ao trabalho, à sociedade.

Portanto, vemos que é importante aprofundar o estudo dos itinerários terapêuticos no sentido de facilitar o processo de construção de projetos terapêuticos cuidadores que considerem como elementos o conjunto de recursos, experiências e significados singulares não apenas na relação interpessoais profissionais de saúde-usuários-família. Ademais, não basta o simples acesso às trajetórias de vida, faz-se necessária a criação de espaços de escuta atenta, que considere esse usuário capaz de produzir sentidos para sua vida e não um simples objeto das intervenções técnicas. Nesse sentido, o encontro entre usuários e profissionais necessita ter uma possibilidade de abertura de espaços de negociação, trocas e formulação de respostas comprometidas com a produção de vida e uma prática voltada à integralidade do cuidado, acolhimento, responsabilização e compromisso, respeitando esse usuário e familiares com suas crenças, valores e culturas, e não somente como uma mente e/ou corpo adoecido.

Enfim, esperamos que este estudo contribua para o debate no campo de atenção às pessoas que apresentam uso problemático de álcool, especialmente para a construção de abordagens e tecnologias direcionadas às necessidades dessa população dentro do campo de conhecimento e de práticas da Saúde Coletiva.

O desenvolvimento deste trabalho suscitou diversas questões que poderão vir a ser aprofundadas na realização de projetos de estudos futuros. Dentre eles a análise do movimento das redes sociais nos processos de compreensão e elaboração de formas de enfrentamento das problemáticas relacionadas ao uso de álcool .

Por conseguinte, é preciso que o Estado brasileiro e a sociedade fiquem atentos quanto a execução das políticas públicas direcionadas à atenção da saúde mental diante das suas políticas integrais de prevenção e tratamento. Além do mais, vemos que é necessária uma maior intensificação de algumas medidas governamentais que poderão reduzir o consumo e os danos associados ao uso de bebidas alcoólicas como restrições sobre a disponibilidade do álcool assim como o limite sobre as horas e os lugares onde se vende bebida, políticas de preço e impostos que evitem que álcool barato inunde o mercado; proibições da publicidade e de outras formas de marketing do álcool, o reforço de leis punindo quem bebe e dirige, programas de tratamento para usuários com beber problemático e testes e intervenções rápidas (identificar e distinguir as pessoas com dependência de álcool das que estão em um estado inicial de sua evolução, para poder auxiliar na prevenção de uma posterior progressão para a dependência) para o consumo de risco em ambientes de atenção primária em saúde, a articulação da rede com todo os sistemas(profissional, popular e *folk*).

Assim como intensificar os estudos, dado o espaço que as Comunidades Terapêuticas têm na atualidade como modelo de intervenção e os apontamentos contrários a esse modelo, faz-se necessário compreender seu processo histórico no campo da saúde mental e seus desdobramentos, no sentido de uma atenção de qualidade a enfermidade da síndrome de dependência do álcool, contribuindo assim para a construção de novas formas de pensar e agir em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000100007>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- ALVARADO, Roberto; AMARILIS, Guerra; MEJÍAS, Marianela. Las adolescentes de la calle y su percepción de la sociedad. **Enfermería Global**, out.,2013; v.12, n.32, 371-80. Disponível em <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/enfermeria2.pdf>>. Acesso em 14 de maio de 2018.
- ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2017.
- ALVES, Paulo César. B; SOUZA, Iara. Maria. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam. Cristina. M.; ALVES, Paulo César, B.; SOUZA, Iara. Maria. **A Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ALVES, Fátima. **A doença mental nem sempre é doença – racionalidades leigas sobre saúde e doença mental**: um estudo no Norte de Portugal. 2008. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Aberta, Lisboa. Disponível em <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1268>>. Acesso em 23 de maio de 2016.
- ALVES, Fátima; BACKSTROM, Bárbara. Lidar com a doença mental - a pluralidade de sistemas de cuidados e de itinerários terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efetuados junto de duas populações residentes em Portugal. **Saúde e Sociedade**. São Paulo , v. 21, n. 3, p. 543-557, Sept. 2012. Acessado: 03 Nov. 2018. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000300003&lng=en&nrm=iso>. access on. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300003>.
- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, v. 42, p.29-43, jan. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida**. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro Fiocruz, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed., text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000. p. 1-943.
- BABOR, Thomas F.; BIDDLE, Higgins. **Intervenções breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas**: guia para utilização em Cuidados Primários de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Tradução José Remelhe. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias, 2001. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/WHO_alcool.pdf>. Acesso:21 jun.17

BABOR Thomas F., HIGGINS-BIDDLE JC. **Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool**: manual para uso em atenção primária. Tradução de Clarissa Mendonça Corradi. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.

BABOR, Thomas. F. et al. **AUDIT**: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BARROS, Sônia; EGRY, Emiko Yoshikawa. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. [S.l: s.n.], 2001.

BARRY, Adam Etheridge et al. Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. **Journal of School Health**. 2016 Jan; 86 (1): 31-8. doi: 10.1111 / josh.12351. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26645418>. Acesso em 30 de outubro de 2018.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>>. Acesso em 3 de agosto de 2019.

BELLATO, Rosenev. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudo de práticas avaliativas em saúde Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 51-64.

BERTRAND, Karine et al. Substance abuse treatment for adolescents: how are family factors related to substance use change? **Journal of psychoactive Drugs**, v. 45, n. 1, p. 28-38, 2013. Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2013.763560>>. Acesso em 25 de maio de 2018.

BONI, Raquel Bradini de. Mesa Redonda. SEMINÁRIO INTERNACIONAL: **ÁLCOOL, SAÚDE E SOCIEDADE. Álcool: Aspectos Epidemiológicos e Políticas sobre Álcool no Brasil e nas Américas**. 2016. Rio de Janeiro-RJ. Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) 24-25 de outubro de 2016. Entrevista concedida Gustavo Mendelsohn de Carvalho (Agência Fiocruz de Notícias) Disponível em <<https://agencia.fiocruz.br/especial-drogas-e-saude-publica-alcool>>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

BRASIL. Lei nº. 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de outubro de 1976. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em 15 de agosto de 2017.

BRASIL. **Decreto n. 85.110**, de 02 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 1980. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Programa nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool**: Pronal. Brasília. s.l; Ministério da Saúde; 1987a, 92 p. Livro tab. Monografia em Português | CONTROLE BIBLIOGRAFICO, Vigilância em Saúde. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-4796>>. Acesso em 28 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. Relatório Final. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987b. 430 p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>>. Acesso em: 4 de maio de 1987.

BRASIL. **Lei n. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcns.pdf>>. Acesso em 13 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas da promoção da Saúde**. Brasília(DF), 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece 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 e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília; 2002b. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 24 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília; 2002c. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em 7 jun.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 305, de 3 de maio de 2002**. Aprova as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas. Brasília; 2002d. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_0305.pdf >. Acesso em 7 jun.2017.

BRASIL. **Decreto n. 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. Diário Oficial da União. Brasília: 2002e. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Seção 1, página 3. Disponível em < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Glossário de álcool e drogas**. Trad. de J. M. Bertolote. Brasília;2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. amp. Brasília; 2004c. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2ª ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acessado em 15 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 11.343**, 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. Disponível em < <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496317/000936179.pdf?sequence=1>> Acesso em 24 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007a, 85p. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf> Acesso em 27 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007b. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.117**, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 maio 2007c, Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.705/08**, de 19 de junho de 2008. Altera dispositivos da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], 20 jun. 2008. Brasília, DF. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/legislacao/93536/lei-do-alcool-lei-11705-08>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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): MF; 2012a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em 6 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 4 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Ordinária 12.760** de 20 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.1, 21 dez. 2012c. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112760.htm>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 2013. 5.ed. Brasília : SENAD, 450 p. Disponível em http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf Acesso em 5 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº.625, de 23 de abril de 2014**. Divulga a 3ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ADIII) e Unidades de Acolhimento (UA). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0625_23_04_2014.html>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BURY, Mike. Illness narratives: fact or fiction?. **Sociology of health & illness**, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.00252> Acesso em 20 setembro de 2017.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em on 13 abril de 2017.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André; FIGUEIREDO, Tathiana Fernandes Biscuola. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Archives Of Clinical Psychiatry** (São Paulo), [s.l.], v. 35, p.70-75, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832008000700015>.

CARLINI, Elisaldo Araújo et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país:2001**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2002.Disponível em < <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/I-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil-2001.pdf>>. Acesso em 20 de outubro de 2016.

CARLINI, Elisaldo Araújo et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 – Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2007**.Disponível em < <https://www.cebrid.com.br/ii-levantamento-domiciliar-2005>> Acesso em 20 de outubro de 2016.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O lugar da família na política social. In CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2006.p.15-22.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Bebidas alcoólicas – Álcool Etilico e Etanol**. [Internet]. Livreto Informativo. UNIFESP. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo; São Paulo. 2005. UNIFESP. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm>. Acesso em 14 de jul.de 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, set. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 set. 2017.

CHAVEZ, Ketty Aracely Piedra; O'BRIEN, Beverley; PILLON, Sandra Cristina. Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe 2, p. 1194-1200, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2017.

CHERMACK T. Stephen, GIANCOLA R. Peter. The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization. **Clin Psychol Rev.** 1997;17(6):621-649
Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9336688>>. Acesso em 6 de novembro de 2018.

CLAUS, Maria Izabel Sartori et al. As forças familiares no contexto da dependência de substâncias psicoativas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180180, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400224&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de maio de 2018. Epub Nov 08, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0180>

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Marco regulatório: Momento histórico para as comunidades terapêuticas. **Revista Cruz Azul**. Edição 14. Ano 2016. Disponível em <<http://www.cruzazul.org.br/informativo/25/revista-da-cruz-azul-online--numero-14--ano-2016>>
Acessado em 09 de julho de 2017.

CONIL, Eleonor et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, out.2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Pesq_CtroColab20062008_Relacao_publico_privado_e_arranjos_tecnicos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. As transformações das Políticas Públicas Brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Diálogos: álcool e outras drogas**. Brasília, DF, v. 6, n. 6, p.11-13, nov. 2009. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CRESSON, Geneviève. **Le travail domestique de santé**. Paris: Éditions L'Harmattan, 1995.

CRUZ, Luciana Aparecida Nogueira. **Uso de álcool e julgamento sócio-moral de estudantes do ensino médio**. Tese (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Marília. São Paulo, 2006.

DALLO, Luana. **Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel/PR**. Tese (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Marília. São Paulo, 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo da diferença, In: MINAYO, M. C. S & DESLANDES, S. F. (orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIMEFF, Linda. A; BAER, J.S.; KIVLAHAN, D.R.; MARLATT, G.A. **Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos**. BASIC. Trad. J.M. Bertolote. Editora UNESP, 231p. 1999.

DUALIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, Oct. 2007. Acesso em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500019>.

EDWARDS, Griffith; GROSS, Milton M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British medical journal**, v. 1, n. 6017, p. 1058, 1976. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1639901/>>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

EDWARDS, Griffith ; GRANT, Marcus. The alcohol dependence syndrome: usefulness of an idea. In: EDWARDS e GRANTS (eds.) **Alcoholism: new knowledge and new responses**. London: Croom Helm, 1977. Pp 359. Price £11.95. *British Journal of Psychiatry*, 132(4), 405-406. doi:10.1192/S0007125000095131. Disponível em : <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/alcoholism-new-knowledge-and-new-responses-edited-by-griffith-edwards-and-marcus-grant-london-croom-helm-1977-pp-359-price-1195/2E215A2607EBBAF20723C82CE441BFA0>> . Acesso em 18 de agosto de 2018.

FARIA, Magda Guimarães de Araújo; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ROCHA, Patrícia Rodrigues da. Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 32-37, abr. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de setembro 2017

FATEMEH, Najaflooy; SHOKOUH, Navabi Nezhad; REZA, Falsafinezhad Mohammad. Effectiveness of brief strategic family therapy (bsft) in patterns of family interactions with children involved with drug dependency and relapse prevention. **Andisheh Va Raftar (Applied Psychology)**. 2012; v.6, n.24, p.29-38.

Disponível em <<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=365960>>. Acesso em 24 de maio de 2018.

FLICK, Uwe. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la. In: FLICK, Uwe. **Métodos de pesquisa**: introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 20-49.

FORNAZIER, Mariana Lorencetti; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 280-287, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4 de maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400004>.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 2, n.15.p.345-353,1999.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes, Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. 2004; Ribeirão Preto, 14(28), p.139-52. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305425354004>>. Acesso em: 17 set. 2017.

FURTADO, Erickson Felipe. Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto. **Ribeirão Preto: PAI-PAD/FMRP-USP, Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Brazil-rp-01/2003.p.36.2003**.

GARMEZY, Norman. Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. **American journal of Orthopsychiatry**, v. 57, n. 2, p. 159-174, 1987. Disponível em < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03526.x>>. Acesso em 7 de maio de 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449- 2463, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jun. 2017.

GERHARDT, T. E. et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 287-298. Disponível <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf> Acesso em 9 de novembro de 2018.

GERMANO, Idilva; SERPA, Francisca Adriana da Silva . Narrativas autobiográficas de jovens em conflito com a lei. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 3, 2008.

GOMES, Betânia da Mata Ribeiro. **A influência da família no consumo de álcool na adolescência**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São

Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em <
http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/28091/1/2008_art_impgermano.pdf
 doi:10.11606/T.83.2012.tde-30112012-131304>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

GOMES, Rebeca Rodrigues et al. Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 326-335, 2015. Disponível em <
<http://www.periodicos.usp.br/rto/article/view/105050>>. Acesso em 22 de maio de 2018.

GRITTNER, Ulrike. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels: results from an international study. **Eur J Public Health**, v. 23 n. 2, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/eurpub/cks044>>. Acesso em: 18 set. 2016.

GROTBERG, Edith. I Am, I Have, I Can: What Families Worldwide Taught Us about Resilience. **Reaching Today's Youth: The Community Circle of Caring Journal**, v. 2, n. 3, p. 36-39, 1998. Disponível em < <https://eric.ed.gov/?id=EJ579036>>. Acesso em 9 de maio de 2018.

HECKMANN, Wolfgang; SILVEIRA, Camila Magalhães. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, Arthur Guerra; ANTHONY, James C; SILVEIRA Camila Magalhães. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri (SP): Minha Editora; 2009. p. 67-87. Disponível em:
<http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>.

HORTA, Ana Lucia de Moraes et al. Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 6, p. 1024-1030, Dezembro 2016. Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de maio de 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0044>.

HUMENIUK, Rachel; POZNYAK, Vladimir. **Intervenção breve para o abuso de substâncias**: guia para uso na atenção primária à saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**

2010: características gerais da população. IBGE, 2010. Disponível em:
 <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291460&search=||info%EFicos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 2 maio 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: Brasil: Grandes Regiões e Unidades da Federação. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 181 p. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **População estimada 2018. Bahia – Irecê**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/irece/panorama>>. Acesso em: 30 set. 2018.

IRECÊ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 146p. Irecê: SMS.

JELLINEK, Elvin Morton. **The Disease Concept of Alcoholism**. By Elvin Morton Jellinek. New Haven, Conn: Hillhouse Press. 246p. 1960. Disponível em <<https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/14090>>. Acesso em 23 de maio de 2017

KAPLAN, Warren. Alcohol Use Disorders: **Alcohol Liver Diseases and Alcohol Dependency**. Geneva: World Health Organization -WHO. 38p. 2004. Disponível em <<http://archives.who.int/prioritymeds/report/background/alcohol.doc>>. Acesso em 22 de julho de 2018.

KARAM, Elie; KYPRI, Kypros; SALAMOUN, Mariana. Alcohol use among college students: an international perspective. **Current opinion in psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 213-221, 2007. Disponível em <https://journals.lww.com/copsychiatry/Abstract/2007/05000/Alcohol_use_among_college_students__an.8.aspx>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

KERR-CORREA, Florence e colaboradores. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, n. 2, p. 95-100, June 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000200005>.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, v. 12, p. 85-93, 1978. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/34cf/fffdc077e388aac11e6c4a83bdf5210705e5.pdf>> Acesso em 14 de junho de 2017.

LARANJEIRA, Ronaldo e outros. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 62-71, Jun. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de outubro de 2018.

LARANJEIRA, Ronaldo; ROMANO, Marco. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev Bras Psiquiatr**. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/0D/rbp/v26s1/a17v26s1.pdf>>. Acesso em 05 de agosto de 2017.

LEITE, Suélen Cardoso. **O processo saúde-doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas**. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em <<https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2016/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Su%C3%A9len-Cardoso-Leite.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2018.

LENAD - **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**: 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Disponível em: <<https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

LIMA, José Mauro Braz. *Alcoologia: uma visão sistêmica dos problemas relacionados ao uso e abuso do álcool*. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2003.

LIRA, Geison V.; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/333/2035>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

LUTHAR, Suniya S.; CICCETTI, Dante; BECKER, Bronwyn. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child development**, v. 71, n. 3, p. 543-562, 2000. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>>. Acesso em 12 de maio de 2018.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; YASUTAKI, Priscila Mitie. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 61-71, 1 abr.2008. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14029>> Acesso em 6 de setembro de 2017.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia Social**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p.157-168, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de novembro 2017.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MANGIA, Elisabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-444, Junho 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000200015>.

MARTINS, Aline Gomes; NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do. Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 107-121, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MECHANIC, David. Sociological dimensions of illness behavior. **Social science & medicine**, v. 41, n. 9, p. 1207-1216, 1995. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953695000253>>. Acesso em 3 de setembro de 2017.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo (SP): Hucitec; 1994. p. 117-60.
MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.49p.

MISHLER, Elliot G. The Analysis of Interview-Narratives. 1986. in Theodore.R. SARBIN (e.d). **Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct**. New York :Praeger. p235-55. Disponível em <<https://pt.scribd.com/document/317841552/Narrative-Psychology-the-storied-nature-of-human-conduct-Theodore-R-Sarbin-pdf>>. Acesso em 7 de março de 2017.

MORIHISA, Rogerio Shigueo; BARROSO, Lúcia Pereira; SCIVOLETTO, Sandra. Transtorno do rótulo: a relação entre problemas de conduta e uso de drogas em adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 308-314, dez. 2007. Disponível em: Acesso em: 18 set. 2016.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p.184-189, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342014000800184&script=sci_abstra. Acesso em: 16 maio 2017.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do et al. Perspectivas de mulheres em recuperação de drogas sobre o tratamento em uma comunidade terapêutica. **Rev.Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 3, 2017. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23677/pdf>>. Acesso em 23 de maio de 2018.

NUNES, Berta. **O Saber médico do povo**. Lisboa: Fim de Século, 1997. 217p

NUNES, Everardo Duarte; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BARROS, Nelson Filice de. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1341-1356, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun.017
OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de. **Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no**

SUS Municipal. 2007. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007. Disponível em: <[http://tede2.uefs.br:8080/bitstream/tede/41/1/Luciane Cristina Feltrin de Oliveira_Dissertacao_Final.pdf](http://tede2.uefs.br:8080/bitstream/tede/41/1/Luciane_Cristina_Feltrin_de_Oliveira_Dissertacao_Final.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 - Critérios diagnósticos para pesquisas.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1998. 262 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. (2002). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: o autor. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em 17 de março de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)** Version 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>>. Acesso em : 20 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; World Health Organization; World Health Organization. Management Of Substance Abuse Unit. **Global status report on alcohol and health, 2014.** World Health Organization, 2014.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 3 de outubro de 2018.

PAIVA, Fernando Santana de; RONZANI, Telmo Mota. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em estudo**, v. 14, p. 177 citation_lastpage= 183, 2009.Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a21v14n1>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2017.

PARSONS, Talcott; 1951. **The Social System.** London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 551-558. Natal.dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em acessos em 14 de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400002>.

PINHEIRO, Roseni. SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes . Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-41 http://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Livro_Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-e-Integralidade_contribui%C3%A7%C3%B5es-para-estudos-de-pr%C3%A1ticas-avaliativas-em-sa%C3%BAde-1.pdf

PINHEIRO, Roseni et al. Introdução: O “estado do conhecimento” sobre os itinerários

terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, Tatiana Engel. et al. (Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro, 2016, v. 1, p. 13-24. Disponível em:

<http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_321ca8bce7164363995cf1a8623a3c48.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

PINHO, Paula Andréa; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-450, jun. 2012. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2017.

PRIMO, Newton Luiz Numa Peixoto; STEIN, Airton Tetelbom. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 280-286, dez.2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2016.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivos para o cuidado integral do usuário. 2013. 232f. Tese (doutorado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Disponível em www.uece.br/dsc/index.php/arquivos/doc_download/192-tese-paulo-henrique-dias. Acesso em 4 de agosto de 2018.

RAMOS, Sérgio de Paula. Como o álcool age sobre o cérebro? Ciência explica bebedeira. Entrevista. **Jornal Floripa**, Florianópolis- SC, 30 abr. 2016. Notícias - Mundo, Disponível em <<http://www.jornalfloripa.com.br/mundo/noticia.php?id=48607059>>. Acesso em: 4 abr. ,2017.

REZENDE, Manuel Morgado. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo , v. 6, n. 1, p. 100-108, mar. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142003000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2017.

RONZANI, Telmo Mota et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, jun. 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2016.

RUTTER, Michael. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American journal of orthopsychiatry**, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>>. Acesso em 9 de maio de 2018.

SANCHEZ, Zila Van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida.

Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo. v. 9, p. 43-55, 2004. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2004.v9n1/43-55>>. Acesso em 17 de agosto de 2018.

SÃO PAULO, Centro De Informações Sobre Saúde E Álcool. **O que é alcoolismo?** 2014. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4010/-que-alcoolismo.php>>. Acesso em: 31 maio 2017.

SÃO PAULO, Centro De Informações Sobre Saúde E Álcool. **Quem está mais exposto ao uso nocivo de álcool?** 2017. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/1409/quem-esta-mais-exposto-ao-uso.php>>. Acesso em: 8 maio 2017.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 687-698, maio. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2017.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Dálberti Sciamana de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>. Acesso em 8 de outubro de 2017.

SCHUCKIT, Marc. Overview: epidemiology of alcoholism. In: SCHUCKIT, Marc(Ed.) **Alcohol pattens & problems**. New Brunswick,New Jersey: Rutgers University Press, 1985. p. 1-42.

SCHÜTZE, Fritz. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: Weller V, Pfaff N. Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. p. 211-22.

SEGALEN, M. **Sociologie de la famille**. Paris: Armand Colin, 1981.

SELBEKK, Anne Schanche; SAGVAAG, Hildegunn; FAUSKE, Halvor. Addiction, families and treatment: a critical realist search for theories that can improve practice. **Addiction Research & Theory**, v. 23, n. 3, p. 196-204, 2015. Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/16066359.2014.954555>> . Acesso em 22 de maio de 2018.

SERPA JR OD; LEAL EM; PITTA AM, GOLDENSTEIN N; ONOCKO Campos RT. Relatório Técnico Final. **Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário**. Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 33/2008 Coordenador geral: Professor Octavio Domont de Serpa Jr. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade Rio de Janeiro. Fevereiro/2011.

SILVA, Luísa Ferreira da. **Saber prático de saúde**. As lógicas do saudável no cotidiano. Porto: Afrontamento, 2008.

SILVA, Mara Regina Santos da et al. Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 92-99, Mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de maio de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100011>.

SIMÕES, Celeste et al. Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 101-119, 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho de 2018.

SONZA, Bruna et al. Itinerários terapêuticos de dependentes químicos e usuários de álcool em centros de atenção psicossocial. In: **2º CONVIBRA - GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 2013. [On Line]: Convibra, 2013. p. 1 - 13. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/62/2013_62_6432.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

VALÉRIO, Andrea Leite Ribeiro. A redução de riscos e danos na saúde mental através do CAPS-AD. In: NERY FILHO, Antonio et al. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 209-222.

WALSH, Froma. Family resilience: A framework for clinical practice. **Family process**, v. 42, n. 1, p. 1-18, 2003. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>>. Acesso em 14 de maio de 2018.

WALSH, Froma. **Fortalecendo a resiliência familiar**. Editora Roca, 2005.

WALSH, Froma. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. **Family process**, v. 46, n. 2, p. 207-227, 2007. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>>. Acesso em 23 de maio de 2018.

WEBSTER, Clarissa Mendonça Corradi. **Uso problemático de álcool entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais**. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. doi:10.11606/D.17.2004.tde-13022007-145033. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-13022007-145033/pt-br.php>> Acesso em: 2018-09-20.

WELLER, Wivian. A hermenêutica como método empírico de investigação. **Anais da 30ª Reunião Anual da ANPED**, p. 7-10, 2007. Disponível em <<http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt17-3288-int.pdf>> Acesso em 6 de maio de 2017.

WECHSLER, Henry; KUO, Meichun. College students define binge drinking and estimate its prevalence: Results of a national survey. **Journal of American College Health**, v. 49, n. 2, p. 57-64, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol**. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html>. Acesso em 6 de novembro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide**. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44322>. Acesso em 3 de maio de 2016.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). Geneva . 2018 . **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em : <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em 29 de outubro de 2018 .

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professora Maria Geralda Gomes Aguiar e Sheilla Carla Neves dos Santos (pesquisadoras responsáveis), convidamos você a participar da pesquisa “Experiência da enfermidade nos itinerários terapêuticos de usuários de álcool em busca de cuidado”, do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O objetivo da pesquisa é analisar os caminhos percorridos por sujeitos que tenham apresentado problemas decorrentes do uso/abuso de álcool nos serviços de saúde do município de Irecê – BA. Trata-se de um assunto importante, por isso os resultados da pesquisa poderão contribuir na discussão sobre a atenção ao usuário de álcool, e até, o acesso desse aos serviços de saúde. Os possíveis benefícios da pesquisa são contribuir para compreender a experiência de adoecimento e as escolhas de tratamento por usuários de álcool. Os possíveis riscos da pesquisa estão relacionados ao receio de falar sobre as experiências vividas e problemas enfrentados pelo uso/abuso de álcool, pois poderá lembrar de situações dolorosas ou constrangedoras, sentir medo, desconfiança e/ou constrangimento diante da pesquisadora. Se algum risco/desconforto for identificado a pesquisa será interrompida imediatamente. Informamos que sua participação é voluntária, de modo que você tem liberdade para recusar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja nenhum problema. Caso aceite participar, a entrevista acontecerá de acordo com a sua disponibilidade, realizada individualmente em sala reservada no próprio serviço de saúde, destinada pela coordenação, a fim de garantir a privacidade, em dia e horário combinados com você. As informações só serão utilizadas mediante sua autorização e ninguém terá conhecimento de quem as forneceu, para preservar sua identidade e evitar qualquer impedimento à livre expressão de suas opiniões, garantindo a confidencialidade, o seu anonimato, privacidade e sigilo. Comunicamos ainda, que não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa ou pagamento por sua participação, esta é voluntária e a decisão é livre. Caso tenha alguma despesa, garantimos que você será compensado. Caso ocorra algum prejuízo causado pela sua participação na pesquisa, informamos que o senhor tem direito a indenização. Desde que concorde, a entrevista será gravada e você poderá ouvir o áudio ao final, modificar ou retirar trechos ou a entrevista completa, a seu critério. Desde que autorize, as informações serão digitadas e arquivadas, respeitando o seu anonimato, no NUPEC – UEFS, por cinco anos e após isto serão destruídas. Nos comprometemos a apresentar os resultados desta pesquisa no serviço de saúde que serviu como local de estudo em uma reunião e em eventos científicos, periódicos e livros. Caso haja qualquer dúvida antes, durante ou depois da realização da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras no NUPEC, no Módulo VI – UEFS, localizada na Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana – BA. Ou ainda pelo telefone (75) 3161-8365. Caso tenha dúvidas relacionadas às questões éticas, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS por telefone (75) 3161-8067 ou do e-mail: cep@uefs.br. Caso esteja bem informado e concorde em participar, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2017.

Assinatura ou Impressão Digital do Entrevistado(a)

Sheilla Carla Neves dos Santos
Pesquisadora responsável

Maria Geralda Gomes Aguiar
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTA NARRATIVA

I INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE

Nº:

Data ___/___/___

Início:

Término:

Nome (Fictício): _____

Idade: I ___ I ___ I

Orientação sexual: () feminino () masculino () outra Local

de nascimento: _____

Estado civil: _____

Raça/cor (autodeclarada): _____

Escolaridade: _____

Você exerce alguma atividade remunerada? () Sim () Não Trajetória

profissional: _____

Se sim, qual? _____

Você adota alguma religião? () Sim () Não Se sim,

qual? _____

Você tem filhos? () Sim () Não

Número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Contexto familiar _____

Amizades _____

Relações afetivas _____

II Entrevista Narrativa

Questão gerativa:

- 1 Relate sua relação com o uso do álcool ao longo de sua vida.
- 2 Relate como você percebeu o uso problemático do álcool.
- 3 Quais foram seus itinerários terapêuticos em busca de cuidado à saúde?

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE NOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM BUSCA DE CUIDADO.

Pesquisador: SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77378717.4.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.437.213

Apresentação do Projeto:

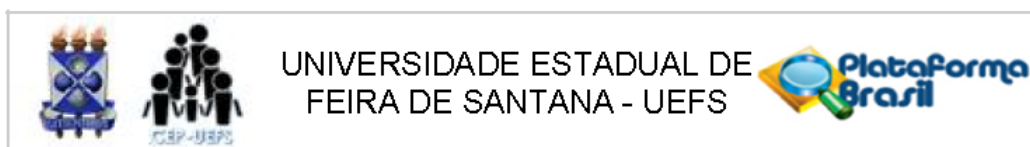
"EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE NOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM BUSCA DE CUIDADO" é um projeto de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. A autora é SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS, sob orientação da Profª. Drª. Maria Geralda Gomes Aguiar.

Propõe uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratória. Segundo projeto de pesquisa, a pesquisa terá dez participantes voluntários, maiores de 18 anos e sem problemas cognitivos: "Serão participantes da pesquisa, sujeitos em uso nocivo de álcool, que realizam acompanhamento no CAPS tipo II, na Unidade de Saúde da Família Antônio Diniz, bairro da Boa Vista, e na Comunidade Terapêutica Maanaim Ministério de Restauração, no município de Irecê-Bahia. Será utilizada a entrevista narrativa como técnica de utilização de informações será adotada a proposta de análise de narrativas de Schütze". (informações básicas).

Apresenta cronograma com soleta de dados no segundo semestre de 2017 e finalização da pesquisa em julho de 2018, prevê retorno dos resultados aos participantes

Apresenta orçamento detalhado com contrapartida institucional.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 Email: cep@uefs.br



Continuação do P. parecer: 2.437.213

Objetivo da Pesquisa:

Segundo as informações básicas da Plataforma Brasil: "O objetivo geral é compreender a experiência da enfermidade nos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários de álcool em busca de cuidado no município de Irecê – BA.

Os objetivos específicos são: analisar como os usuários de álcool respondem à enfermidade, levando-se em consideração o contexto sociocultural no qual estão inseridos e descrever os itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários de álcool que tenham apresentado problemas decorrentes do uso nocivo em busca de cuidado no município de Irecê – BA."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as informações básicas da Plataforma Brasil: "Os possíveis riscos/desconfortos relacionados à participação referem-se possível desconforto relacionado com o próprio ato de falar sobre suas experiências no enfrentamento de situações de adoecimento, pois ao relatá-los poderá entrar em contato com lembranças dolorosas, relembrar situações constrangedoras em que o acesso não pôde ser efetivado devido entraves no sistema de saúde, sentir medo, desconfiança e/ ou constrangimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista, bem como medo em conversar sobre o assunto, temendo represálias. Se isso ocorrer daremos o apoio emocional necessário, escutando-o(a) com atenção ou permanecendo em silêncio ao seu lado, ou ainda deixando-o (a) à vontade para interromper a entrevista, se assim o desejar. Os prováveis benefícios da pesquisa consistem em contribuir para compreender a experiência da enfermidade nas escolhas terapêuticas dos sujeitos usuário de álcool."

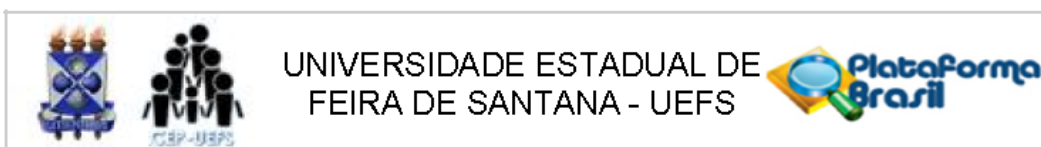
Os riscos e benefícios também são apresentados no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Creio que haja um consenso sobre o fato do uso abusivo de álcool trazer consequências nocivas para a sociedade. Deste modo, registrar, do ponto de vista do paciente, o itinerário pelo qual passam os indivíduos em busca de tratamento, é relevante para a compreensão integral do processo e para o aprimoramento do tratamento.

Ressaltamos com relação a avaliação dos riscos, a possibilidade de recaída, caso o entrevistado esteja abstêmio, deve ser considerada, pois não devemos esquecer que se trata de uma população hipossuficiente.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.437.213

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A realização da pesquisa no CAPS II está autorizada pela secretária municipal de saúde do município de Irecê. A autorização para pesquisa na "Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim" está feita em nome da presidente da organização, Maria de Fátima Silva Rocha. O tempo de comprometimento com a Resolução 466/12 foi assinado pela proponente e por sua orientadora. Além disso, cronograma e orçamento foram anexados.

Protocolo completo conforme resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_986447.pdf	07/12/2017 22:29:16		Aceito
Outros	OFICIO2.pdf	07/12/2017 22:28:04	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Outros	METODOLOGIAMODIFICADA2.pdf	07/12/2017 22:26:25	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOMODIFICADO2.pdf	07/12/2017 22:24:07	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito

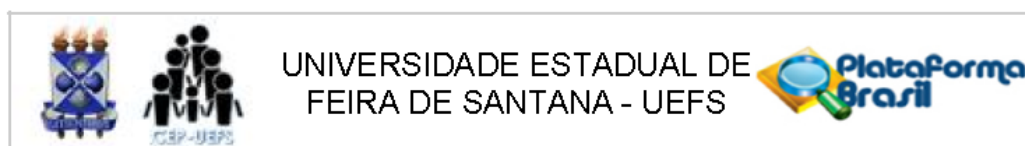
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460

UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br

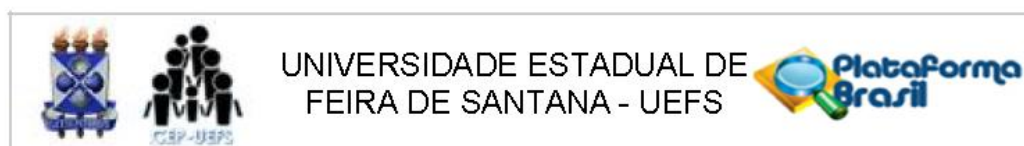


Continuação do Parecer: 2.437.213

Investigador	PROJETOMODIFICADO2.pdf	07/12/2017 22:24:07	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Outros	OFICIO.pdf	20/11/2017 21:57:28	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Outros	METODOLOGIAMODICADA.pdf	20/11/2017 21:55:59	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMODIFICADO.pdf	20/11/2017 21:54:59	SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOMODIFICADO.pdf	20/11/2017 21:54:00	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Declaração do Patrocinador	Comunidade_Terapeutica.jpg	26/09/2017 22:23:46	Pollyana Pereira Portela	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_email.pdf	25/09/2017 11:19:40	LAURA BARRETO MIRANDA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Detalhado.pdf	21/09/2017 21:34:57	SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	Pesquisa.pdf	21/09/2017 20:25:50	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comunidade.pdf	21/09/2017 19:48:32	SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	21/09/2017 19:46:21	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/09/2017 10:56:57	SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Irece.pdf	21/09/2017 10:54:12	SHEILLA CARLA NEVES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Sheilla.pdf	21/09/2017 10:53:16	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/09/2017 05:27:29	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/09/2017 05:20:08	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Orientadora.pdf	20/09/2017 05:14:47	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito
Folha de Rosto	FRosto.pdf	20/09/2017 05:12:58	SHEILLA CARLA NEVES DOS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.437.213

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 14 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)