

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RITA DE CÁSSIA NASCIMENTO LAGES

A VIVÊNCIA DO DEPENDENTE QUÍMICO COM O ÁLCOOL

CURITIBA

2018

RITA DE CÁSSIA NASCIMENTO LAGES

A VIVÊNCIA DO DEPENDENTE QUÍMICO COM O ÁLCOOL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Doutora Miriam Aparecida Nimitz

CURITIBA

2018

Lages, Rita de Cássia Nascimento
A vivência do dependente químico com o álcool [recurso eletrônico] /
Rita de Cássia Nascimento Lages – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2018.

Orientadora: Professora Dra. Miriam Aparecida Nimtz

Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Transtornos relacionados ao uso de álcool.
4. Alcoolismo. I. Nimtz, Miriam Aparecida. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 616.861



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

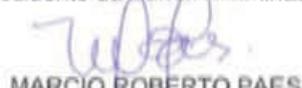
TERMO DE APROVAÇÃO

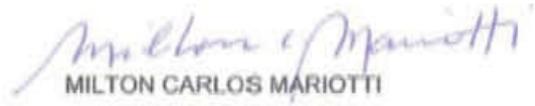
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **RITA DE CASSIA NASCIMENTO LAGES**, intitulada: **A VIVÊNCIA DO DEPENDENTE QUÍMICO COM O ÁLCOOL**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 12 de Dezembro de 2018.


MIRIAM APARECIDA NITZ
Presidente da Banca Examinadora


MARCIO ROBERTO PAES
Avaliador Externo (UFPR)


MILTON CARLOS MARIOTTI
Avaliador Externo (UFPR)

RESUMO

A dependência química interfere na saúde física e mental, na vida laboral e acadêmica, no convívio familiar, causando, muitas vezes, problemas criminais. Ocasionalmente danos irreparáveis ao ser humano. A cada dia o consumo de substâncias psicoativas aumenta e, apesar de novas drogas serem produzidas, o álcool ainda é a droga mais consumida, responsável pelo maior número de dependentes químicos. Este estudo teve o objetivo de conhecer e descrever a vivência dos dependentes químicos com o álcool. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com o método da história oral temática híbrida, que foi realizada em uma Clínica Dia – AD, localizada na região central da cidade de Curitiba – Paraná, nos meses de março e abril de 2018. Os colaboradores da pesquisa foram seis dependentes químicos de álcool que estavam em tratamento na referida clínica, selecionados por critérios estabelecidos de inclusão e exclusão. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com questões abertas, gravadas com os dependentes químicos e analisadas segundo as recomendações de Meihy e Holanda (2017), seguindo os passos de transcrição absoluta, textualização (tom vital) e transcrição (versão final). Os temas relevantes que emergiram do processo de análise foram: os impactos da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e nas questões criminais; e, os impactos emocionais gerados pela dependência do álcool. Todos os colaboradores expressaram algum tipo de rompimento de vínculo familiar; os estudos e o trabalho foram afetados por falta de compromisso; o corpo físico sentiu os efeitos resultantes da ingestão intensa de álcool; a mente foi condicionada a baixa autoestima, tristeza e sintomas depressivos. Alguns colaboradores viveram práticas ilegais para conseguirem consumir o álcool. As narrativas evidenciaram sentimentos e emoções, como descontrole, principalmente emocional e financeiro, agressividade, violência, irresponsabilidade, desesperança, sentimentos de vergonha, culpa, negação do vício e desejo de recuperação. Os colaboradores mencionaram a importância do apoio familiar no processo de tratamento, as dificuldades e os fatores facilitadores nesse processo, como a convivência com outros dependentes de álcool, a espiritualidade e a religiosidade. Este estudo possibilitou conhecer a vivência dos dependentes químicos com o álcool, descrevendo as dificuldades e as necessidades do seu convívio com a família e, também, com a sociedade. Essas necessidades envolvem o cuidado integral e individualizado, de maneira a melhorar a relação familiar e social. A atitude perante as pessoas com dependência de álcool deve privilegiar estratégias para melhoria do atendimento e extinguir formas de julgamento.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. Alcoolismo.

ABSTRACT

Substance abuse interferes in physical and mental health, academic and working life, family life, after causing criminal problems. It causes irreparable damages to the humans being. Every day psychoactive substances consumption rises and despite the manufacture of new drugs alcohol is the most consumed drug, being responsible for the greatest number of the substance addictions. This study aimed to know and describe the way substance addicted deal with alcohol. This is a qualitative research developed with a hybrid thematic oral history, performed in a Day Clinic located in the downtown area of Curitiba city – Paraná. From March to April 2018. The collaborators were six alcohol chemical addicts who were being treated in the Day Clinic, chosen by pre established inclusion/ exclusion criteria the data collection was performed by semi structured interview with open question recorded and analysed according with Meihy and Holanda (2017) recommendations, following the literal transcription paths, text connection (vital tom) and transcription (final version). The relevant themes that become apparent from the analysis process were: the impacts of the alcohol dependant on his/her family, academic and working life, physical and mental health, criminal file; and, the emotional impacts generated by alcohol dependency. All of the collaborators expressed some kind of familiar bond rupture, the school and work were affected by lack of commitment. The physical body felt the intense alcohol consumption effects; the mind was condition to low self-esteem sadness and deprecation. Some collaborators conducted illegal practices in order to consume alcohol the narratives showed emotion and feelings such as lack of control, specially emotional and financially, aggressiveness, violence, irresponsibility, hopelessness, shame, guilt, addiction denial and recuperation desire. The collaborators mentioned the importance of familiar support in the process, the difficulties and the facilitators factors in the process such as the approach of the others alcohol abuses, spirituality and religiosity. This study made possible the experience know of the abuses with alcohol, describing the difficulties/ family living needs and also society. Those needs implicate the integral and individualized care, to improve the social and familiar relations. The attitude toward people with alcohol abuses must be focused in strategies to improve the service and extinguish forms of judgment.

keywords: Nursing. Mental Health. Alcohol-Related Disorders. Alcoholism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	–	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA HISTÓRIA ORAL.....	39
QUADRO 2	–	CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	–	Alcoólicos Anônimos
AD	–	Álcool e Drogas
AM	–	Ajuda Mútua
CAAE	–	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CADS	–	Centro de Atenção Diária
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	–	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	–	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID-10	–	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNSM	–	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	–	Centro de Referência da Assistência Social
DINSAM	–	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM-V-TR	–	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS	–	Fundação de Ação Social
GMPI	–	Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos
HD	–	Hospital-Dia
MADA	–	Mulheres que Amam Demais Anônimas
MTSM	–	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NA	–	Narcóticos Anônimos
NEIM/UFBA	–	Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, da Universidade Federal da Bahia
NEPECHE	–	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PeNSE	–	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PTS	–	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	–	Rede de Atenção Psicossocial
SAA	–	Síndrome de Abstinência do Álcool
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGIAS	–	Sistema Global de Informação sobre Álcool e Saúde

SICAD	– Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SUS	– Sistema Único de Saúde
SRT	– Serviços Residenciais Terapêuticos
TR	– Técnico de Referência
TAS	– Taxa de Álcool no Sangue
TCTH	– Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas
UA	– Unidade de Acolhimento
UAA	– Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	– Unidade de Acolhimento Infantil
UNA-SUS	– Universidade Aberta do SUS
UPA	– Unidade de Pronto-Atendimento
WHO	– <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	10
1	INTRODUÇÃO	12
1.1	QUESTÃO NORTEADORA.....	17
1.2	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA: CAMINHOS DO PENSAMENTO	19
2.1	TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DECORRENTES DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL.....	19
2.2	O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	22
2.3	ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE ÁLCOOL.....	31
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	37
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	41
4.1	LOCAL.....	41
4.2	COLABORADORES.....	43
4.3	COLETA DE DADOS.....	44
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4.5	ANÁLISE EM HISTÓRIA ORAL.....	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	49
5.2	TEMAS RELEVANTES.....	53
5.2.1	Os impactos da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e nas questões criminais.....	53
5.2.2	Os impactos emocionais gerados pela dependência do álcool.....	83
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A – CONVITE PARA O PARTICIPANTE DA PESQUISA ..	109
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	113
	APÊNDICE D – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	114
	ANEXO A – CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS*	140

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	141
--	------------

APRESENTAÇÃO

Iniciei o curso de graduação em Enfermagem no ano de 2009 e o concluí em 2013 pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, localizado em Teresina – Piauí. Ao longo da graduação passei por vários campos de atuação relacionados às disciplinas cursadas, assim como atividades práticas e monitorias, projetos de extensão e estágios curriculares, criando afinidades por diversas áreas de atuação. Nesse período conheci, brevemente, o campo de saúde mental que, apesar do pouco tempo, despertou-me interesse. Durante a vida acadêmica minhas atividades optativas foram voltadas para a saúde do adulto e do idoso, geralmente casos críticos.

Em 2012 fui selecionada para fazer estágio extracurricular em um Hospital Infantil privado, onde permaneci até o fim da minha graduação e retornei como profissional após um ano. Nesse espaço de tempo, ministrei aulas em cursos técnicos de enfermagem e de segurança do trabalho. Fui enfermeira voluntária por três meses em um Hospital Público Estadual voltado para o adulto e o idoso, onde, posteriormente, fui contratada como profissional.

Mantive-me trabalhando na saúde da criança, do adulto e do idoso por, aproximadamente, dois anos e meio. Nesse período, também estudava para concursos e, em 2015, fui aprovada para trabalhar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Enquanto aguardava convocação, continuei trabalhando em minha cidade natal, dessa vez empenhada em conquistar uma vaga no Mestrado Acadêmico de Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Passada a fase de seleção, eis que me deparo com a oportunidade que faltava em meu elenco de afinidades: a Saúde Mental. Nesse momento, senti-me confortável para permanecer e aceitei o desafio. Como antes mencionado, a temática havia-me despertado interesse durante a graduação e, agora, retornara como chance de aprofundamento, gerando motivação para meu desenvolvimento.

Iniciado o período letivo do mestrado, desenvolvi um projeto de pesquisa integrando a saúde mental e a saúde do idoso. Participei, então, do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI) e do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE) para, assim, aprofundar conhecimentos sobre os temas em questão e sobre a viabilidade do estudo.

Após minha participação em reuniões nos dois referidos grupos de pesquisa, concluí que não seria possível a realização do projeto proposto inicialmente, sendo que a pesquisa seria viável se feita apenas com participantes adultos. A alteração do objeto do estudo fez com que eu permanecesse apenas no NEPECHE, no segundo semestre do mestrado. Dessa forma, continuei o desenvolvimento do projeto, passando pelo Exame de Qualificação em novembro de 2017.

Ainda, no segundo semestre de 2017, fui convocada no tão esperado concurso do Hospital de Clínicas. Fui lotada no Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH), onde permaneço atualmente.

1 INTRODUÇÃO

Indubitavelmente, a dependência química se reflete em um problema de saúde pública que envolve todos os níveis de escolaridade, todas as classes sociais e faixas etárias em todo o mundo. Desencadeia alterações em todos os sistemas do corpo humano, além de contribuir para a violência. Segundo Acselrad et al. (2012), a primeira causa de morte no Brasil é relacionada às doenças cardiovasculares, seguida de neoplasias de diversos tipos e, em terceiro, estão os fatores externos, que englobam as diversas formas de violência.

Para Zanelatto e Laranjeira (2013), os conceitos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas não são claros, mas é possível distingui-los da seguinte forma: o uso é o ato de experimentar ou consumir casualmente, sem prejuízos por isso; o abuso ou uso nocivo refere-se ao consumo abusivo, com o qual existem consequências prejudiciais, sejam sociais, psicológicas ou biológicas; e a dependência é relacionada à falta de controle desse consumo, trazendo prejuízos mais evidentes.

O conceito de dependência química vem sendo debatido há mais de 300 anos. Durante o século XVIII, a perda do autocontrole pelo uso de álcool era considerada uma doença mental, mesmo sem critérios diagnósticos, chamada de embriaguez. Posteriormente, no início do século XIX, foi definido o termo alcoolismo pela primeira vez com a intenção de agrupar as complicações decorrentes do uso nocivo e crônico do álcool. Ao final do mesmo século, foi elaborado um conceito aproximado de dependência, englobando todas as substâncias psicoativas. Em 1970, definiu-se síndrome da dependência, termo também utilizado atualmente, como um conjunto de sinais e sintomas apresentados por usuários, sendo observadas sua intensidade e gravidade do consumo, assim como os fatores de risco e de proteção (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2013).

Os conceitos descritos pelos autores acima estão de acordo com os encontrados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), em que o abuso e o uso nocivo são caracterizados por trazerem complicações à saúde, e a dependência, descrita síndrome da dependência, como o desenvolvimento de um conjunto de características fisiológicas, cognitivas e comportamentais após o consumo frequente de uma droga. A dificuldade de controle para sua utilização é marcante e a priorização do uso

prevalece sobre as obrigações, como no caso das atividades de trabalho, por exemplo. Pode ser por uma substância específica ou por uma categoria de substâncias psicoativas.

A dependência química, portanto, segundo Zanelatto e Laranjeira (2013), é caracterizada como o consumo que desencadeia um alívio provocado pela abstinência de qualquer droga, desde que a pessoa seja enquadrada em pelo menos três critérios diagnósticos, entre: compulsão para o consumo, aumento da tolerância, alívio ou evitação da abstinência pelo consumo, relevância do consumo, empobrecimento do repertório e reinstalação da síndrome de dependência.

Essa dependência acarreta a perda da confiança e a destruição da família, o abandono dos amigos e do emprego e, também, outras consequências que são sentidas por pessoas que fazem parte do convívio e que não fazem uso de drogas, mas que experimentam os mesmos sentimentos de sofrimento e impotência (FERNANDES et al., 2016).

O álcool é considerado um fator de risco para violência e acidentes. Os danos provenientes do consumo de álcool variam desde queimaduras, quedas, problemas no trabalho, no relacionamento interpessoal a violências no trânsito, acidentes, homicídios e suicídios (MASCARENHAS et al., 2015).

A *World Health Organization* (WHO) (2018) utiliza o Sistema Global de Informação sobre Álcool e Saúde (SGIAS) como uma ferramenta ativa para avaliação e monitoramento da situação e das tendências de saúde relacionadas ao consumo de álcool, danos relacionados ao álcool e respostas políticas nos países. O uso nocivo do álcool resulta na morte de 3,3 milhões de pessoas por ano. Existem 60 tipos diferentes de doenças em que o álcool tem um papel significativo, causando danos ao bem-estar e à saúde das pessoas ao redor de quem faz uso. Em 2010, o consumo mundial total foi igual a 6,2 litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais e no Brasil essa média está entre 7,5 e 9,9 litros. O consumo não registrado representa 25% do total mundial.

Informações do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) sobre a criminalidade direta relacionada ao álcool mostram que, em 2016, foram registrados 20.849 crimes por condução de carro; esses motoristas estavam com a Taxa de Álcool no Sangue (TAS) maior que 1,2g/l. Tais acidentes de trânsito refletem 48% dos crimes envolvendo pessoas e em 6% do total geral de crimes (SICAD, 2018).

Estudo de Nimitz et al. (2016) com 20 participantes apresentaram os impactos criminais e laborais decorrentes do álcool, tabaco, *crack* e cocaína. Foi observado que pessoas que tiveram conduta íntegra durante a vida inteira, ao se encontrarem na situação de dependência, cometeram atos ilegais para conseguir o consumo de drogas; desde pequenos furtos na própria casa a assaltos a estabelecimentos comerciais, até mesmo crimes mais graves, como o envolvimento em sequestros relâmpagos. Na vida laboral ocorre semelhança, uma vez que o profissional perde a credibilidade, passando a faltar frequentemente, a consumir a droga em horário de expediente ou horário de intervalo, prejudicando seu rendimento, acarretando prejuízos à empresa, culminando para a demissão. Assim, sem renda, algumas pessoas se envolvem na criminalidade como uma alternativa para manter o vício.

Em relação à criminalidade indireta, o SICAD (2018) aponta 41% de participações em violência doméstica; 19% dos jovens internados em centros educativos estavam sob efeito do álcool e outras drogas quando cometeram algum crime; 28% dos presidiários declararam estar sob efeito de álcool quando cometeram os atos que os levaram à prisão; e 24% estavam presos por cometerem delitos para sustentar o vício por álcool e outras drogas.

Na pesquisa de Mascarenhas et al. (2015) sobre os atendimentos nas emergências por causas externas e álcool foi possível observar que das pessoas que tinham consumido álcool, 44,1% deram entrada por algum tipo de violência, e 11,4% deram entrada pelas diversas formas de acidentes. Em relação à violência, o segmento do corpo mais atingido foi o pescoço (50,6%) e o meio de transporte mais utilizado para a emergência foi a ambulância (51,7%).

Estudo realizado por Drumond, Souza e Hang-Costa (2015) com vítimas de homicídios em Belo Horizonte–MG, evidenciou que nos exames *post mortem* positivos foram encontradas substâncias químicas, como a cocaína-*crack* juntamente com maconha em 25,1% dos cadáveres, álcool em 21,3%, somente maconha em 17,4% e somente cocaína-*crack* em 15,5%. Os autores enfatizam que a porcentagem de álcool, mesmo sendo alta, poderia ser ainda maior, já que fatores relacionados a sua metabolização podem interferir nos resultados. O sexo masculino, com idade maior que 29 anos, sem companheira e da raça negra, foi maioria entre as vítimas. A arma de fogo foi responsável por 90,5% dos homicídios e a via pública foi o local de maior ocorrência de crimes, com 62,4%.

Segundo Silva e Dias (2016), sendo fator de risco para a violência de maneira geral, o álcool está inserido nas principais motivações para agressão, também ao idoso, vindo antes da proximidade física e da dependência financeira. Quando os familiares utilizam o álcool e outras drogas o abuso físico e emocional chega a ser de 50%.

No que se refere aos registros sobre mortalidade relacionados ao álcool, foram registrados 2.307 óbitos atribuíveis ao seu consumo em 2015; desses, 79,3% eram do sexo masculino, e 20,7%, do sexo feminino. Doença alcoólica no fígado representou 28% do total desses óbitos. É importante destacar que, em média, 13,1 anos potenciais de vida são perdidos por esse motivo (SICAD, 2018).

Ainda, pode-se observar que, no Brasil, o incentivo para o consumo de bebidas alcoólicas é livre e aceito pela sociedade, sendo tratado de maneira diferente das demais substâncias que são ilícitas. As indústrias conseguem, principalmente por meio das redes sociais e pela televisão, o suporte ideal para seus interesses, ficando a saúde pública prejudicada pela legislação que favorece a indústria (GARCIA; FREITAS, 2015).

Os jovens estão experimentando álcool e outras drogas cada vez mais cedo. Faria Filho (2014) mostra, em pesquisa desenvolvida com jovens de Goiânia-GO, que o início do consumo para álcool e tabaco está entre as idades de 12,5 e 12,8 anos; e para as outras drogas a idade é de 13,1 anos para os meninos e de 14,4 anos para as meninas. Tais estatísticas condizem com os dados dos estudos de Capistrano et al. (2018) em que, no Brasil, a média é 12,5 anos para álcool e tabaco, 13,9 para a maconha e 14,4 para a cocaína. A autora relata, ainda, que em meados de 1950 a idade média para o início desse consumo era de 18 anos. Considerando não haver cura para a dependência, o consumo cada vez mais precoce tem consequências devastadoras para a sociedade, sendo possível apenas a melhora da qualidade de vida do dependente químico e de sua família.

Garcia e Freitas (2015) relatam que as prevalências mais elevadas de ingestão de álcool foram entre adultos jovens, de cor da pele preta ou indígena, fumantes e pessoas que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Prevalências menores foram observadas entre indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto e entre aqueles que referiram apresentar morbidades. Quanto ao endereço da residência, números mais expressivos foram encontrados

entre residentes de áreas urbanas (14,2%), em comparação com as áreas rurais (10,3%).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), por meio da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), a região Sul do Brasil está acima da média de experimentação de bebidas alcoólicas por adolescentes (76,9%), apresentando também o maior percentual de embriaguez (27,4%). Essa mesma pesquisa, divulgada em 2016, demonstrou a permanência do percentual de embriaguez na região (27,3%). O Sul, também, teve o maior consumo de bebidas alcoólicas, atualmente, entre escolares (34%). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos trinta dias anteriores à pesquisa, o Paraná foi o quarto estado com maior consumo (30,2%), ficando atrás somente de Mato Grosso do Sul (31,2%), Santa Catarina (33,8%) e Rio Grande do Sul (34%) (IBGE, 2016).

Os altos índices da região Sul também são observados em um estudo multicêntrico, realizado em 124 municípios brasileiros, no qual foi possível observar que a região detém a maior parte dos adolescentes que ingeriram álcool em um mês (27,5%) (COUTINHO et al., 2016).

Estudo realizado por Faria Filho (2014), a partir da base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, feita com indivíduos na faixa etária de 13 aos 15 anos, na cidade de Goiânia–GO, constatou a alta proporção de utilização precoce de álcool entre esses adolescentes. A prevalência dos que responderam ter experimentado bebida alcoólica pelo menos uma vez foi de 71,9%. De acordo com a Lei nº 14.592, de 19 de outubro de 2011, a venda de bebidas alcoólicas é proibida a menores de 18 anos, porém os escolares referiram sua obtenção em festas, com amigos, ou comprando no mercado, loja, bar ou supermercado e, ainda, em sua própria casa (BRASIL, 2011). O uso de drogas ilícitas também foi considerado alto entre os escolares de Goiânia, com maior prevalência de consumo entre os do sexo masculino e entre os das escolas públicas. O início precoce do uso dessas substâncias pode causar consequências devastadoras para a vida adulta desses indivíduos.

Macagnan et al. (2014) realizaram uma pesquisa em 223 prontuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), em um município no interior do Paraná e detectaram que 36% dos pacientes estavam tratando dependência somente por álcool, 38% faziam uso de substâncias combinadas e 26% estavam distribuídos em tratamentos de dependência de *crack*, maconha e

cocaína. Nesse mesmo estudo, a predominância de álcool aparece na população adulta, de 21 a 50 anos, com 72,2% de dependentes de álcool nessa faixa etária.

O estudo vai ao encontro dos resultados de Capistrano et al. (2013), que utilizaram dados de 350 prontuários de um hospital psiquiátrico localizado na região metropolitana de Curitiba, no Paraná. Observou-se que a população adulta, na faixa etária de 20 a 39 anos, correspondeu a 60% dos dependentes químicos, e do total dos prontuários, 54,9% tinham como droga de preferência o álcool, seguido do *crack*, maconha e cocaína. É importante enfatizar que o transtorno mental relacionado ao uso de álcool corresponde a 42,9%, e 99,4% utilizavam essas drogas diariamente.

Fernandes et al. (2016), em um estudo realizado com usuários de *crack*, relataram que a amizade, assim como a curiosidade são citadas como um dos principais fatores de influência para o consumo de drogas. Sendo lícita ou ilícita, a droga oferece um meio de fortalecimento para o grupo que a utiliza. Se no ciclo de amizades as pessoas demonstram aprovação e interesse por substâncias psicoativas, tal situação torna-se um fator de risco para o consumo; da mesma forma que um grupo de amigos que não faz uso acaba por fortalecer a decisão de não experimentação. Isso demonstra a relação de cumplicidade envolvida em grupos.

Uma estratégia intuitiva utilizada para o abandono da dependência é exatamente o afastamento do ambiente de consumo, pois ele é um dos motivos que promove a recaída (FERNANDES et al., 2016).

Há inúmeros esforços da sociedade brasileira, advindos de iniciativas institucionais ou mesmo de políticas públicas, para oferecer formas de ajuda para milhares de homens, mulheres e crianças que se veem dependentes de substâncias psicoativas, sendo a maioria dependente do *crack* e do álcool. Diante da apresentação acerca do tema em questão, foi delimitado o objeto de estudo desta pesquisa, centrando-o no dependente químico de álcool.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Como o dependente químico vivencia a dependência com o álcool?

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Conhecer e descrever como o dependente químico vivencia a dependência com o álcool.

2 REVISÃO DE LITERATURA: CAMINHOS DO PENSAMENTO

Nos tópicos a seguir será apresentada a revisão da literatura sobre o tema em questão, sendo abordados os transtornos mentais e de comportamento decorrentes da dependência de substâncias psicoativas, com ênfase ao álcool; os principais momentos do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira até o surgimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); os serviços utilizados para o tratamento da dependência química, não públicos, como no caso das Clínicas Dia e, por fim, a atuação da equipe de enfermagem no tratamento da dependência química.

2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DECORRENTES DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

O uso de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade. Há relatos de que sua utilização é tão antiga quanto o uso de fibras de maconha em tecidos na Índia há cerca de seis mil anos. O ópio e o álcool podem ter seus marcos históricos há cerca de quatro mil anos. Pode-se observar, também, que o uso de substâncias psicoativas nas culturas primitivas era geralmente ligado a questões religiosas. Embora ainda existam tradições acerca desse contexto, com o passar dos anos esse uso foi se desvinculando, tornando-se a ingestão relacionada à diversão (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Além da população que relata usar uma ou mais substâncias ilícitas durante a vida e do alarmante custo para a sociedade, esse fenômeno tem muitas implicações para a pesquisa sobre o cérebro e para a psiquiatria clínica. Algumas substâncias podem afetar tanto estados mentais percebidos internamente, como o humor, quanto atividades observadas de forma externa, como o comportamento. Podem causar certos sintomas neuropsiquiátricos indistinguíveis de psicopatologias comuns sem causas conhecidas, o que permite concluir que há relação entre os transtornos psiquiátricos primários e os que envolvem o uso de substâncias (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

É importante ressaltar que todas as substâncias psicoativas levam a efeitos mentais e físicos que têm como última consequência a morte do indivíduo. No presente estudo dar-se-á ênfase à droga mais utilizada no mundo, o álcool.

O álcool é a principal substância lícita responsável pelo abuso ou dependência. Sadock, Sadock e Ruiz (2017) descrevem a fisiologia do álcool e enfatizam que, sendo metabolizado pelo fígado e agindo tanto no sistema nervoso central quanto no periférico, faz a dependência afetar os sistemas: gastrointestinal (levando a cirrose hepática, hipertensão portal, varizes esofágicas, câncer e suas consequências); cardiovascular (com aumento da incidência de insuficiência cardíaca congestiva); nervoso periférico (com a neuropatia periférica, nesta condição com alterações de sensibilidade e força). Pode também prejudicar o desenvolvimento de uma gravidez, causando abortos e, ainda, a síndrome alcoólica fetal.

A síndrome alcoólica fetal faz parte dos transtornos relacionados ao álcool, como o nome já supõe. É um conjunto de sinais e sintomas típicos de bebês que foram expostos a essa toxina ainda quando fetos. Retardo mental, microcefalia, baixa estatura, malformações craniofaciais, defeitos no coração e membros são algumas das características comuns provocadas pela inibição do crescimento intrauterino (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O uso nocivo do álcool e a dependência ocasionam sérios problemas de saúde com prejuízos físicos e mentais, que têm implicações no trabalho e na família, gerando comportamentos agressivos, acidentes de trânsito e outras desordens. Pode-se citar outras patologias físicas provenientes do alcoolismo, como as doenças gastrointestinais (úlceras e gastrites), neuromusculares (cãibras, diminuição de força muscular), cardiovasculares (hipertensão), problemas de infertilidade e impotência e as patologias psíquicas, como *delirium tremens*, demências, perturbações, transtornos do humor, da ansiedade, do sono, além da disfunção sexual (ANDRADE; ANTHONY, 2009).

A intoxicação alcoólica provoca irritação, comportamento violento, sensação de depressão e, embora raros, alucinações e delírios. À medida que o consumo vai aumentando, a pessoa fica mais tolerante ao álcool e o corpo se adapta de maneira a desencadear a síndrome de abstinência, observada principalmente por insônia, hiperatividade do sistema nervoso autônomo (que é responsável por controlar as funções involuntárias do corpo, provocando: ansiedade, sudorese, excitação, rubor facial, midríase, taquicardia, hipertensão leve, entre outros) e distúrbios gastrointestinais, como náuseas e vômitos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O sinal mais evidente da síndrome de abstinência, segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017), é o tremor, que acontece geralmente entre seis e oito horas após a suspensão da bebida. Em seguida podem aparecer os sinais psicóticos e alterações de percepção e, posteriormente, convulsões e *delirium tremens*. Por vezes, essa síndrome passa do estado de tremor para *delirium tremens* diretamente, sem seguir o trajeto comum.

O conceito de *delirium tremens* é de grande importância para este estudo por estar relacionado, especificamente, à dependência do álcool. É conceituado por Laranjeira et al. (2000), no artigo “Consenso sobre Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)”, como um estado de confusão mental breve, mas com ocasional risco de vida, sendo observadas perturbações somáticas. É resultante da abstinência do álcool, podendo incluir tremor, insônia e medo. Pode, também, ocorrer convulsão por essa abstinência. Os sintomas englobam a obnubilação de consciência, alucinações, confusões, ilusões e tremores.

Além de intoxicação, abstinência, convulsões por abstinência e *delirium*, outros transtornos relacionados ao álcool são descritos pelo DSM-V, como o transtorno psicótico induzido pelo álcool quando os sintomas psicóticos são induzidos, fisiologicamente, pelo abuso da substância, sendo cessada após a interrupção; no transtorno do humor induzido pelo álcool, sendo mais comum a representação no episódio maníaco do transtorno bipolar; e no transtorno de ansiedade induzido pelo álcool, que é desencadeado tanto na intoxicação quanto na abstinência.

Em relação às disfunções sexuais induzidas pelo álcool, vários fatores são levados em consideração pelo fato de a resposta sexual ter relação biológica, sociocultural e psicológica. Segundo o DSM-V, a etiologia de uma disfunção sexual, em muitos dos casos, não é conhecida em sua exatidão, mas é comprovado que o abuso de medicações e substâncias como o álcool podem desencadeá-la. Por isso, primeiramente, devem ser excluídos os problemas de ordem mental não sexual, como a possibilidade do efeito desses medicamentos e substâncias. Já nos transtornos do sono induzidos pelo álcool os padrões normais de sono e vigília são afetados e, geralmente, vêm acompanhados de depressão e/ou ansiedade que, também, seguem no curso do abuso de substâncias psicoativas.

Ainda no que tange à intoxicação, podem ocorrer falhas de memória, comumente chamadas de “apagões”. Esses episódios se enquadram no transtorno

amnésico e com o uso prolongado do álcool geram também prejuízo da função cognitiva, o que não ocorre na amnésia dissociativa, facilmente confundida. Nela a intelectualidade continua preservada, sendo o principal sinal a incapacidade de recordação de fatos importantes da vida, não relacionada ao álcool ou outras drogas, portanto, a distinção entre as duas é que no transtorno amnésico as falhas de memória são consequência do abuso de substâncias, como o álcool (DSM-V, 2014).

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) referem como transtorno amnésico induzido pelo álcool a encefalopatia de *Wernicke* e a síndrome de *Korsakoff*, que juntas receberam o nome de síndrome de *Wernicke-Korsakoff*. Essa patologia se caracteriza pela deficiência de tiamina causada por hábitos alimentares inadequados e/ou problemas em sua absorção, ligados ao álcool. A primeira, também chamada de encefalopatia alcóolica, faz jus aos sintomas agudos que podem ser reversíveis: ataxia, confusão, alterações na motilidade ocular, como paralisias oculares, anisocoria e reação lenta à luz. Esse quadro pode ser revertido espontaneamente, caso contrário ele evolui para a segunda condição, a síndrome de *Korsakoff*, que é crônica, com chance de recuperação menor.

O conhecimento dos transtornos descritos nesse item é de grande importância para a prática em saúde mental, uma vez que o álcool, além de ser gerador de patologias específicas, potencializa as características da maioria das condições clínicas, implica no desenvolvimento, dificulta os diagnósticos e prolonga os tratamentos. A atenção para isso se faz necessária também pelo fato de a taxa de suicídio ser maior em pessoas que apresentam transtornos relacionados ao álcool.

2.2 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é analisado a partir de duas fases: a que compreende os anos de 1978 a 1991, sendo uma crítica ao modelo hospitalocêntrico; e a de 1992 aos dias atuais, destacando-se a implantação de uma rede de serviços não hospitalares (TENÓRIO, 2002).

A trajetória da desinstitucionalização se insere em um contexto político importante na segunda metade da década de 1980. Nessa época ocorreram eventos

de grande influência, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo, do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos-SP, a Associação “Loucos pela Vida”, o Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, de autoria do deputado Paulo Delgado, e o acontecimento da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A época foi marcada pela articulação entre o campo técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 2014).

Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) destacaram os principais eventos dessa fase: na década de 1970 foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental, em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições de atendimento psiquiátrico à população, fazendo surgir, no fim dessa década, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em que pequenos núcleos estaduais dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituíram o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclodiu o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que colocou em discussão a política psiquiátrica exercida no país. Na década de 1980 ocorreram encontros preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987, representando o fim da trajetória sanitarista e o início da trajetória de desconstrução do cotidiano das instituições e da sociedade, sendo recomendada a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, opondo-se à tendência hospitalocêntrica.

No final de 1987 realizou-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP, com três eixos principais de discussão: por uma sociedade sem manicômios, destacando a ampliação da assistência à loucura; organização dos trabalhadores de saúde mental, destacando a relação dos trabalhadores públicos com o Estado; e análise e reflexão das práticas, destacando o rompimento do isolamento e o avanço da saúde mental. Assim, o Movimento de Luta antimanicomial foi concretizado (AMARANTE, 2014).

Amarante (2014) destaca que o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, cujos participantes são profissionais de todas as categorias, assim como pessoas que não são da área da saúde, mas que têm o mesmo interesse em saúde mental: familiares, amigos e usuários do serviço. Dessa

forma, a grande característica do movimento é o de ser múltiplo e plural, buscando influenciar na formulação de políticas de saúde. A exemplo, a transformação de unidades psiquiátricas públicas, propondo soluções de prevenção, opções extra-hospitalares e multidisciplinares e o não favorecimento de instituições privadas.

Em 1989 o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657, que trazia como conteúdo: o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomiais e a obrigação de comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria, então, emitir parecer sobre a legalidade da internação. Mais tarde, o projeto viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica, culminando, posteriormente, na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (TENÓRIO, 2002). Merece ser destacado que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído nessa mesma época, por meio das Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, determinando a “saúde como direito de todos e dever de Estado” (BRASIL, 1988).

Durante os mais de dez anos da promulgação da Lei nº 10.216, os movimentos antimanicomiais continuavam de forma lenta, mas constante. Assim, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Suas diretrizes são pautadas no respeito aos direitos humanos; na promoção da equidade; no combate a estigmas e preconceitos; na garantia do acesso e da qualidade dos serviços; na atenção humanizada, centrada nas necessidades das pessoas; na diversificação das estratégias de cuidado; no desenvolvimento de atividades que favoreçam a inclusão social; no desenvolvimento de estratégias de redução de danos; na ênfase a serviços de base territorial e comunitária; na organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais; na promoção de estratégias de educação permanente e no desenvolvimento da lógica do cuidado para essas pessoas (BRASIL, 2011).

Esse progresso no tratamento trouxe autonomia para o enfermeiro tanto como integrante de uma equipe como frente à pessoa com transtorno mental e sua família. O foco no cuidado holístico e humanizado, não apenas na doença, é um ganho para o modelo assistencial atual (MAFTUM et al., 2017).

Dessa forma, para o cuidado integral, humanizado e holístico da pessoa com transtorno mental passou-se a contar com a RAPS, que está presente na Atenção Básica em Saúde, com a Unidade Básica de Saúde (UBS), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e os Centros de Convivência (atenção psicossocial especializada: CAPS e suas variações); a atenção de urgência e emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, e outros); a atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial); a Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para o público - alvo dessa Portaria; as estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa); e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

Os serviços acima citados são reforçados pela Resolução nº32, de 14 de dezembro de 2017, fortalecendo a RAPS, que considera a Atenção Básica, Consultórios na Rua, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Referência Especializada, Centros de Atenção Psicossocial, Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada, Hospitais Psiquiátricos e também os Hospitais Dia como seus componentes. Eles deverão pactuar as diretrizes clínicas da RAPS, assim como os critérios para metas e indicadores, visando à regulação do acesso dos usuários ao serviço, impedindo a ampliação de leitos psiquiátricos e o aumento dos leitos em hospitais gerais para que o modelo assistencial comunitário seja reafirmado.

A Resolução trata também do fortalecimento técnico e financeiro para a desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos, como a habilitação de 200 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) até 2018, com garantia de maior flexibilidade para os gestores municipais na organização desse serviço.

Em relação às pessoas com transtornos mentais e com necessidades resultantes do uso de álcool e outras drogas, a Resolução nº 32 estimula a

qualificação e o aumento do número de leitos em enfermarias especializadas de Hospitais Gerais, a reestruturação da equipe multiprofissional mínima para que estes leitos especializados funcionem e o reajuste de valores das diárias de internação nesses hospitais, de acordo com seu porte.

Para o fortalecimento da RAPS, o artigo 10 da Resolução prevê o financiamento de pesquisas que auxiliem a implantação de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes e jovens, fazendo, assim, referência à promoção de ações para prevenção do suicídio.

A seguir estarão descritas as principais características de cada componente da Rede de Atenção Psicossocial, a iniciar pelos Consultórios na Rua.

Os Consultórios na Rua são equipes de saúde multiprofissionais móveis que desenvolvem ações vinculadas às Unidades Básicas de Saúde, aos CAPS, aos Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção. Consideram as diferentes necessidades de saúde da população e seu trabalho inclui os usuários de álcool, *crack* e outras drogas, visando a redução de danos prevista na Portaria nº 3088/2011. Foram instituídos pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial se dividem em diferentes modalidades (I, II, III, AD, AD III, AD IV, CAPS i e CAPS i II), de acordo com as especificações de cada tipo de usuário do SUS, e tratam os transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias químicas.

Há um regime de assistência intermediária chamado Hospital Dia (HD) que foi aprovado pela Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde, e inserido na RAPS por meio da citada Resolução nº 32. É um recurso entre a internação e o ambulatório, de cuidados multiprofissionais, desenvolvidos nos cinco dias úteis da semana, com um total de oito horas diárias de atividades diversificadas para cada pessoa em tratamento (BRASIL, 2017, não paginado).

A assistência em Hospital Dia abrange o atendimento individual (relacionado ao tratamento medicamentoso e psicoterápico), o atendimento em grupos (relacionado à psicoterapia, grupo operativo, oficinas terapêuticas, entre outros), as visitas domiciliares, o atendimento aos familiares, as atividades de integração na comunidade, visando a reinserção social. Sua área física deve contar com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Deve conter condições específicas para realização de

procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos de acordo com seu regime de atendimento, com salas cirúrgicas equipadas, central de esterilização e desinfecção de materiais e instrumentos. A Unidade de HD deve ser regionalizada, de fácil acesso e integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de saúde mental (BRASIL, 2001).

Outras condições gerais são estabelecidas pela legislação para o funcionamento do HD, como recepção com sala de espera, vestiários feminino e masculino, sanitários para funcionários, para pacientes, assim como para os acompanhantes, refeições adequadas para o paciente por todo o período em que ele estiver na unidade, equipe de plantão mínima necessária para o quantitativo de leitos com enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, assim como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e algum outro profissional necessário para o desenvolvimento das demais atividades. Deve-se ter a garantia de vaga quando uma transferência for necessária e a garantia, também, de assistência após a alta (BRASIL, 2001).

Há ainda a Atenção Residencial de Caráter Transitório, em que estão incluídas a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI). A primeira disponibiliza acolhimento transitório voluntário às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. São casas de apoio para as pessoas que fazem tratamento em CAPS. Oferecem apoio na busca de emprego, estudo, entre outros, e conta com suporte profissional. Sua estada é permitida por um período de, no máximo, seis meses, com capacidade para até quinze adultos. Já na segunda, estão inseridas crianças e adolescentes entre dez a dezoito anos de idade, com as mesmas necessidades dos que estão na UAA. Disponibiliza cuidados para, no máximo, dez moradores, e segue o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social por até seis meses. Esse ambiente promove oportunidade para construir novos projetos de vida para essas pessoas e seus familiares (BRASIL, 2012b).

Alguns estabelecimentos de saúde que também prestam serviços de caráter transitório são chamados de Serviços de Atenção em Regime Residencial. Neles está inserida a Comunidade Terapêutica, voltada para o mesmo público mencionado anteriormente. Nesse caso, são instituições particulares, sem fins lucrativos, que têm apoio do poder público para seu funcionamento. A permanência da pessoa com

transtorno mental é voluntária, podendo ela descontinuar sua permanência. São vedadas ações de contenção física, isolamento ou de restrição à liberdade (BRASIL, 2012c).

Para as pessoas que necessitam de cuidados em hospitais gerais, a Enfermaria Especializada ou o Serviço Hospitalar de Referência são as referências, pois contam com leitos de saúde mental para atendimento de urgência ou emergência às pessoas em situações decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, *crack* e outras drogas, assim como de doenças relacionadas ao uso dessas substâncias. Essa internação deve preparar a pessoa com transtorno mental para continuação de seu tratamento no CAPS após a alta. É um componente de retaguarda para a RAPS e para os outros serviços de saúde (BRASIL, 2017a, não paginado).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias em localização urbana, destinadas às pessoas com transtorno mental, institucionalizadas ou não. Deve ser um espaço que desenvolva o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. Precisa oferecer projetos baseados na individualidade de cada morador, não somente no coletivo. Esse serviço é o início do processo de reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2011).

Apesar de ser de grande importância, apenas o estudo limitado de Lago et al. (2014) foi encontrado na literatura específica. Os autores caracterizaram os moradores de dois SRT, localizados na cidade de Teresina – PI, e notaram nos dados sociodemográficos a predominância do sexo masculino (72,7%), grau de instrução ensino fundamental incompleto (64,5%), raça autodeclarada parda (72,7%), idades entre 36 e 65 anos e maioria proveniente de outros estados (63,6%). A porcentagem de 63,3% encontra-se no serviço há cinco anos. Sobre o diagnóstico médico, a esquizofrenia residual aparece em 90,9% dos moradores e todos são tratados com medicações fornecidas pelos CAPS onde fazem tratamento; no trajeto SRT e CAPS, 72,6% precisam ser acompanhados por cuidadores, enquanto os demais se deslocam sozinhos. Todos os moradores realizam atividades domésticas no SRT, e apenas 63,6% recebem o auxílio reabilitação, que será descrito a seguir (LAGO et al., 2014).

Junto ao SRT, existe o Programa de Volta para Casa, que faz a regulamentação do auxílio reabilitação psicossocial para assistência,

acompanhamento e integração social de pessoas com transtornos mentais que tiveram períodos de internação maiores que dois anos e aquelas que estão incluídas nas moradias do SRT, pelo mesmo período. Elas são consideradas de grave dependência institucional (BRASIL, 2003). O auxílio é disponibilizado para o próprio beneficiário, tendo sido o atual valor fixado em 412 reais por meio da Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013.

As Estratégias de Reabilitação Psicossocial são ações que englobam iniciativas de geração de trabalho e renda, assim como empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Tais ações dão oportunidade para que pessoas em situação de vulnerabilidade tenham experiências em ambientes de trabalho e qualificação (BRASIL, 2013). Foi instituído o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social pelo Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013, que tem por objetivo promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem (MEDEIROS et al., [201-]).

Diante desse panorama, a priorização da desinstitucionalização, como foco do Movimento da Reforma Psiquiátrica, ressalta a pessoa com mais autonomia em seus direitos. As legislações que aqui merecem destaque estão em ordem cronológica: a Portaria nº 251, de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, definindo a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências; a Portaria nº 2.077, de 2003, que incentiva a reabilitação fora da unidade hospitalar; a Portaria nº 1.899, de 2008, que institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais; a Portaria nº 1.190, de 2009, que estabelece o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS e define suas diretrizes gerais, ações e metas; e o Decreto nº 7.179, de 2010, que constitui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências (BRASIL, 2017b, não paginado).

Neste parágrafo estão elencadas as legislações, a partir de 2011, que são relacionadas a RAPS: a Portaria nº 3.088, de 2011, que implementa 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 SUS; a Portaria nº 121, de 2012, que cria a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS; a Portaria nº 148, de 2012,

que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio; a Portaria nº 953, de 2012, que inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS; e a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a RAPS e dá outras providências, enfatizando o CAPS AD IV (BRASIL, 2017b, não paginado).

Mesmo com as diversas políticas públicas e os incentivos do governo para ajudar no tratamento de drogas, parecem não ser suficientes, como demonstrado no estudo de Fernandes et al. (2016), pois de todos os entrevistados, nenhum comentou sobre os programas relacionados ao *crack*, por exemplo, e muitos relataram desconhecer informações sobre o assunto nas escolas.

Marinho et al. (2011) citam que muitos dos ganhos para o progresso passam pela descontinuidade político-administrativa. O Estado, quando não avança com as políticas públicas, contribui com o retrocesso. Esse pode ser o motivo pelo qual algumas cidades se desenvolvem melhor que outras no sentido da saúde mental. Assim, é fundamental o compromisso dos gestores, da equipe de saúde, dos usuários do serviço e da comunidade como forma de garantia dos direitos às pessoas com transtorno mental.

Cedro e Souza (2010) descrevem a importância que o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem tido na vida das pessoas com transtorno mental. A descentralização da assistência melhora a qualidade de vida e favorece a inclusão social. A reabilitação e reinserção social fazem parte do exercício de cidadania proposto por esse processo. Assim sendo, é fundamental um vínculo contínuo do serviço de saúde e do profissional com essa pessoa. Esse apoio colabora para desconstruir o modelo de manicômios e seus paradigmas.

Observa-se constante evolução desde o surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Maftum et al. (2017) estudaram as mudanças observadas por profissionais de enfermagem que atuam na saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica até os dias atuais. Antes, os cuidados eram voltados para a

prática, como administração de medicação, contenções, cuidados básicos e monitorização dos sinais vitais. À enfermagem eram atribuídas funções que hoje são desenvolvidas de acordo com a formação profissional de cada um na equipe multidisciplinar.

Pode-se afirmar, portanto, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica não foi apenas um momento pontual importante na história da saúde mental, mas um movimento que continua acontecendo. A cada ano são propostas e aceitas novas legislações, não somente na esfera das substâncias psicoativas, mas de uma maneira geral. Os assuntos envolvendo os transtornos mentais estão despertando o interesse da população, o convívio com a doença em segredo para evitar o preconceito está diminuindo, mesmo que lentamente, e isso também se deve ao acesso à tecnologia, observado pela divulgação, embora ainda insuficiente, por meios eletrônicos como a televisão e, principalmente, pela internet.

2.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE ÁLCOOL

O início do tratamento da pessoa com dependência química geralmente acontece por participação ativa da família, seja por imposição, insistência, ameaça de abandono ou pela debilidade física acarretada pelo uso de drogas. Nessa fase, a pessoa dependente ainda não acredita que precisa de ajuda, o que leva à descontinuidade da terapia. É preciso que ela tenha consciência da doença, assim como autoconhecimento para encontrar o caminho motivacional que a faça permanecer em tratamento (FERREIRA et al., 2015).

Para assistir pessoas com problemas relacionados ao álcool é preciso um envolvimento diferenciado dos trabalhadores que fazem parte da RAPS, assim como dos Hospitais Dia. No tratamento da dependência de substâncias psicoativas, faz-se necessário uma equipe multiprofissional, não por ser composta de várias áreas de atuação, mas por realizar um trabalho integrado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa com dependência química. A dinâmica em uma clínica de tratamento é pautada na união de ações, por meio da comunicação entre profissionais tanto de nível superior quanto de nível médio, pois o foco do cuidado depende de informações, conhecimento e empenho de todos. O enfermeiro é tido como o profissional facilitador, gerando integração da equipe, promovendo também

a atuação de técnicos e auxiliares de enfermagem, além das atividades mecanicistas comumente desenvolvidas por eles, tornando-os também protagonistas na reabilitação psicossocial (VARGAS et al., 2014).

A equipe da Atenção Básica é que tem o contato mais próximo com a comunidade; seus membros participam do dia a dia das famílias quando em visitas domiciliares, encontram-nas em atendimentos dentro da UBS e, dessa forma, acabam por identificar mais facilmente as vulnerabilidades do meio em que se encontram. São profissionais considerados facilitadores quando se trata de ações de educação em saúde e, no contexto da dependência química, que se tornou um problema de saúde pública, esses profissionais são essenciais para a conscientização da população, realizando atividades de promoção da saúde para que sejam evitados o uso e o abuso de substâncias químicas. Suas atividades incluem o planejamento, a promoção e a vigilância, sendo multidisciplinares e integrais (VASCONCELOS; NEVES, 2010).

Parte da população, geralmente a que não se ajusta às estruturas sociais atuais, acaba por transferir-se para as ruas, vivendo em um cenário de comprometimento psíquico e físico, sendo exposta às situações de risco, principalmente ao consumo de drogas. As equipes dos Consultórios na Rua são o elo entre a saúde e a rua. Buscam assistência integral, sendo incluídas as ações educativas para as pessoas em situação de vulnerabilidade. Iniciam o trabalho com uma reunião para planejamento e finalizam com outra para avaliação de suas atividades (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

O desafio não está em alcançar os objetivos das ações de saúde para esse público, mas em romper a invisibilidade em que tal grupo social se mantém. Deve-se desconstruir o olhar estigmatizante e colonizador, entendendo o outro como um ser de experiências singulares (HALLAIS; BARROS, 2015).

Para que se tenha bom desenvolvimento do trabalho é preciso que exista a construção de vínculo com os “moradores de rua”, o que exige da equipe reflexão, criatividade e subjetividade. O trabalho das equipes do Consultório na Rua é exposto à precariedade e a várias situações adversas. O enfermeiro é importante nesse ambiente interdisciplinar por contribuir com sua formação holística, necessária para o cuidado (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Segundo Barros da Silva (2015), não existe um modelo específico para as ações de enfermagem junto à pessoa com dependência química; o cuidado deve ser

feito de acordo com o momento em que ela se encontra e inclui atividades terapêuticas, avaliação do estado de saúde, prevenção a recaídas, intervenções e aconselhamentos, visando à mudança do foco para uma vida saudável. O ambiente necessita ser acolhedor, de forma a promover um vínculo entre o profissional e a pessoa, ela deve se sentir confortável e segura. Por ser um trabalho cooperativo, a boa comunicação é indispensável ao relacionamento e decisiva para o futuro do tratamento. O cuidado integral e contínuo deve ser garantido.

Para que esse cuidado seja contínuo, a participação da família é importante. Os familiares são citados como uma das circunstâncias que levam ao primeiro contato com as drogas, dentro da própria casa, escondido ou não. A família é considerada como modelo de comportamento para os mais jovens, e os amigos exercem o papel de pressão social e meio de fuga da realidade. É importante que existam estratégias para conscientização e intervenção no âmbito domiciliar para identificar fatores que diminuam ou adiem o primeiro contato com as drogas (VARGAS et al., 2015).

Em relação ao CAPS, entre os serviços oferecidos estão o acolhimento, consultas médicas, oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, assembleias e outros. O acompanhamento com equipe interdisciplinar promove a reinserção dos usuários por meio do trabalho, exercício da cidadania, fortalecimento dos laços familiares e comunitários (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

O profissional deve ser capaz de identificar o padrão de consumo da pessoa ao longo do tratamento, como forma de diferenciar o uso, o abuso e a dependência. É preciso, também, estar atento para a compreensão desse problema, que gera desconforto, sentimentos de aflição, dor, tristeza e impotência. Deve-se voltar o atendimento para a redução desses sentimentos, mas de maneira que não tire a autonomia da pessoa sobre sua vida, ajudando-a a perceber como ela pode voltar a assumir suas responsabilidades, conseguindo identificar os problemas decorrentes do uso do álcool, assim como de outras drogas (BARROS DA SILVA, 2015).

Anjos Filho e Souza (2017) enfatizam que no CAPS há uma integralidade e horizontalidade do trabalho, não sendo valorizada apenas uma categoria profissional, existindo maior disponibilidade para o trabalho em equipe nesse ambiente. Os autores também apontam para o lado negativo do trabalho, como a relação entre trabalhadores e algumas ações que são realizadas de forma isolada, quando deveriam ter participação dos demais integrantes da equipe. A organização

do processo de trabalho, a comunicação não efetiva, o não compartilhamento do cuidado por determinados profissionais foram indicados como possíveis causas para esse fato.

Pode-se, ainda, descrever os fatores facilitadores do trabalho no CAPS, como a gestão colegiada para apoio na tomada de decisões, disposição dos trabalhadores para troca de experiências e comprometimento com o trabalho, bom relacionamento interpessoal, reuniões periódicas (sendo um momento de envolvimento da equipe), prática profissional baseada em reflexão, e organização institucional; enquanto os fatores que dificultam o trabalho são a demanda excessiva de trabalho, pouco tempo para o planejamento e reflexão do processo, diferente carga horária entre trabalhadores (pois dificulta o encontro entre eles), bem como falta de alguns equipamentos e materiais (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

A prática da equipe de enfermagem no CAPS vai além dos serviços tradicionais da categoria, envolvendo a pessoa com transtorno mental, a família e a sociedade, agregando o conhecimento adquirido na profissão às particularidades do serviço. O enfermeiro executa, além das atividades de gerenciamento inerentes à função, ações de bem-estar, comunicação terapêutica e oficinas. Como existe uma flexibilidade multiprofissional própria dos serviços de saúde mental, as atividades do enfermeiro e dos demais membros da equipe de enfermagem se equiparam, mesmo que esses profissionais, muitas vezes, não saibam descrever sua função frente às outras profissões (ARAÚJO; MARSICANO, 2017).

Semelhante ao CAPS, o Hospital Dia (HD) é um dos equipamentos terapêuticos que atende ao modelo de assistência à saúde mental preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, assim como as outras modalidades assistenciais, que objetivam a desospitalização com reinserção familiar e comunitária por meio da inclusão social. Ressaltando aqui a relevância da função dos HD para a reabilitação social dos usuários, os estudos são insuficientes quando referem a importância do tratamento das pessoas nesse serviço, em comparação a estudos sobre a avaliação de serviços de saúde mental, psiquiatria comunitária, psiquiatria hospitalar e outros serviços comunitários em saúde mental (WEBER; JURUENA, 2014).

Os trabalhos com grupos terapêuticos são considerados ações de planejamento e importante intervenção clínica, práticas que produzem para os profissionais a oportunidade de ampliarem sua relação com as pessoas com

transtorno mental por meio dos dispositivos de produção do cuidado, proporcionando atuação humana, justa e resolutive (BENEVIDES et al., 2010).

Monteiro (2006) descreve que essas atividades são uma forma de organização de pensamentos, emoções e ações por meio da rotina semanal proposta. É estimulada a troca de experiências, de forma terapêutica, fazendo com que se sintam mais seguros para expor suas dificuldades, cooperando para o tratamento.

As práticas exercidas no HD são importantes para a reabilitação social. As equipes se utilizam do vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia para ter êxito em suas atividades. A complexidade está na visão integral de cada caso e na sintonia da equipe para o cuidado da pessoa e de seus familiares. Essa relação não é apenas de orientações para utilização de medicações e realização de psicoterapias, mas visa novas possibilidades de vida (BENEVIDES et al., 2010).

Apesar de nem todas as oportunidades de atuação serem dadas durante a graduação, é exigido do enfermeiro uma postura de iniciativa e criatividade, principalmente na área de saúde mental. O profissional deve estar preparado para os modelos tradicionais, assim como para o modelo psicossocial. Entender da técnica e do subjetivo para a satisfação da pessoa com transtorno mental e suas necessidades é um fator importante nessa área, até o envolvimento profissional com os familiares das pessoas em tratamento. Existe a necessidade de trabalhar o pensamento crítico-reflexivo e o direcionamento dos estudantes de enfermagem para os ideais da Reforma Psiquiátrica (MONTEIRO, 2006).

Diante das particularidades que envolvem esse transtorno, o profissional de enfermagem deve estar comprometido para que o trabalho seja realmente multi e interdisciplinar, não só com o dependente químico, mas também com as pessoas que convivem com ele, geralmente aquelas que acompanham o tratamento. Mesmo que nas instituições de saúde a atuação seja multiprofissional, a equipe de enfermagem, habitualmente, é aquela que tem maior número de profissionais e acaba por ficar muito próxima das pessoas em tratamento, sendo a construção do vínculo inevitável. Esse vínculo é importante, desde que a relação seja profissional, preservando a autonomia dessa pessoa em tratamento, pois ela é a principal responsável por sua saúde.

Dessa forma, as atividades de enfermagem, no tratamento da dependência química, em especial do álcool, não devem ser apenas tecnicistas, mas pautadas no

desenvolvimento de atividades de educação em saúde, de grupos terapêuticos que estimulem o autoconhecimento, como forma de ampliar a autoconsciência, preparando a pessoa em tratamento a cada dia para a aceitação do diagnóstico e da permanência no tratamento, com vistas à dignidade e autonomia.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, desenvolvida com o método da história oral temática híbrida, e considera como centro do estudo os dependentes químicos de álcool.

De acordo com Minayo (2014), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultantes das interpretações que as pessoas fazem sobre como vivem, constroem seus elementos e a si mesmas, como sentem e como pensam.

É definido como aquele capaz de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inseparáveis dos atos, das relações e das estruturas sociais. Portanto, a pesquisa qualitativa volta-se à estrutura social do fenômeno, ocupa-se do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014).

O método de estudo da pesquisa é História Oral, em que o foco é o tempo presente, com participantes vivos em diálogo presencial. Realizada com entrevistas por meio essencialmente eletrônico, seu produto gera um documento. É definida como:

Um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas. (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 15).

Matos e Senna (2011) descrevem o método como um registro que tem o intuito de eternizar as impressões, lembranças, vivências de indivíduos que foram expostos a acontecimentos e se dispõem a compartilhar sua experiência com a sociedade, é o ser inserido no contexto do acontecimento e seu significado. Podem fazer parte grupos sociais, categorias profissionais, instituições, movimentos, entre outros.

Vários são os conceitos desse método, mas é possível sintetizá-lo, conforme Meihy e Holanda (2017), como um recurso moderno que objetiva a elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e grupos. Enfatiza a história do tempo presente como história viva. Como

principal característica, observa-se a apreensão do registro eletrônico transformado em textos escritos, promovendo a análise de processos sociais.

Silva et al. (2006) reúnem em um estudo os vários conceitos de História Oral e ressaltam como sendo uma metodologia que tem por finalidade aproximar o pesquisador e o fenômeno com um sentido de interação. Há grupos que não têm habilidades escritas para expor suas experiências e, nesse caso, a história oral permite seu registro e o torna um documento. Conta com técnicas indispensáveis para a finalização dos arquivos orais e destaca a interpretação na profundidade da experiência de seus participantes.

Para o desenvolvimento de um projeto em História Oral é preciso estabelecer: o grupo de pessoas a serem entrevistadas; a condução das gravações; o local para realização da entrevista; tempo de duração; fatores ambientais (permitindo privacidade); transcrição; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento e, se possível, apresentação do estudo que gerou as entrevistas. O entrevistador (responsável pelo comando da pesquisa) e o entrevistado (pessoa ouvida na gravação) são reconhecidos como colaboradores, uma vez que a participação é espontânea, e devem se manter confortáveis ao longo das entrevistas; o termo entrevista não deve ser substituído por depoimento (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Colaboração é a palavra usada pelos autores Meihy e Holanda (2017) para descrever a relação entre entrevistado e entrevistador, como sendo de colaboradores da pesquisa, uma vez que tal palavra faz referência ao que é acordado, nunca imposto ou improvisado. Pode-se citar alguns poderes pessoais na elaboração de um projeto em história oral: iniciativa do autor ao entrevistado; poder de condução da entrevista nas mãos do entrevistador (que é quem possui o domínio e a aparelhagem, além da definição do tempo, direcionamento da fala e finalização); liberdade de expressão do entrevistado, podendo dizer o que quiser, selecionar fatos e situações; o entrevistador pode decidir sobre as formas de versão do oral para o escrito; o entrevistado tem o poder de autorizar ou não, excluir alguma parte ou toda sua entrevista, e após autorização, o entrevistador pode decidir sobre seu uso no que se refere à proposta do projeto. Tais particularidades o tornam elemento ativo no estudo.

Meihy e Holanda (2017) descrevem os três gêneros em História Oral: história oral de vida, história oral temática e tradição oral e, ainda, suas subdivisões. As duas

primeiras podem se enquadrar em projetos de bancos de história ou em análises que superem o sentido da recolha, enquanto a tradição oral impossibilita sínteses por serem exames longos e complexos. A história oral temática fragmenta-se em pura e híbrida. A pura se utiliza de testemunhos como fundamentação da verdade, e a híbrida combina os testemunhos com outras fontes, como os documentos escritos. A seguir será apresentado o Quadro 1 com as principais características da história oral.

QUADRO 1 — PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA HISTÓRIA ORAL

MÉTODO	CARACTERÍSTICAS
História oral de vida	A vida é analisada de maneira completa, não apenas um tema específico. Subjetiva. Valoriza a narrativa, independentemente de outros documentos comprobatórios.
História oral temática	Envolve aspectos da vivência do indivíduo, não necessariamente em sua totalidade. Foco mais objetivo, suas entrevistas são por meio de um questionário. Pode ser pura (fonte oral) ou híbrida (fontes orais e bibliográficas).
Tradição oral	O foco é o estudo da cultura. Transmissão geracional. Valoriza grupos de indivíduos.

FONTE: Adaptado de MEIHY; HOLANDA (2017).

Na prática em história oral é imprescindível o detalhamento do projeto, uma vez que é feito com entrevistas. Tal projeto, no contexto desse método, utiliza-se de fontes vivas para dar sentido aos fundamentos; seus aspectos devem ser contemplados de maneira interdependente. Para o projeto ser metodologicamente adequado, três conceitos que vão do amplo ao específico devem ser incluídos: comunidade de destino, colônia e redes. Somente após essa etapa podem ser conduzidas as entrevistas, que serão únicas ou múltiplas (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Segundo os referidos autores, Comunidade de Destino pode ser referida como um determinado grupo que foi exposto à mesma situação física ou material, observada vivência coletiva, como calamidades e terremotos, assim como experiências psicológicas, como violência, discriminação. Dessa maneira, pode ser conceituado como o todo, é a parte mais ampla: a união de pessoas em um drama comum, de grande e forte impacto em suas vidas. Assim, a Comunidade de Destino da presente pesquisa são todos os dependentes químicos de álcool.

Colônia é a primeira divisão do todo, podendo ser continuamente grande. É a parcela de pessoas da mesma comunidade de destino. Reduzindo para Colônia, o

estudo torna-se possível de ser realizado, já que é centrado em uma proporção menor (MEIHY; HOLANDA, 2017). Na pesquisa proposta, a Colônia é representada pelos dependentes químicos de álcool de uma Clínica Dia da cidade de Curitiba – Paraná.

Os mesmos autores conceituam Rede como o ponto mais específico do todo, sendo a subdivisão da Colônia. Observa-se que Comunidade de Destino é o todo, reduzido em uma parte menor, chamada de Colônia, que é fragmentada em Rede. Na Rede nunca é gerado um segmento só, é uma pluralidade de ideias, são as diversas formas de entendimento de um fenômeno comum, o comportamento de cada pessoa é diferente de outra quando expostas a mesma situação. Dessa forma, pode-se dizer que a Rede do estudo são os dependentes químicos de álcool; ambos os sexos; com idades entre 29 e 68 anos; em união estável, solteiros e divorciada; desempregados, aposentados e com trabalho fixo; e com nível de escolaridade desde o ensino fundamental incompleto até pós-graduação completa; que fazem tratamento em uma Clínica Dia na cidade de Curitiba – Paraná.

A História Oral Temática Híbrida foi o método de escolha para a presente pesquisa, uma vez que foi feita a interligação dos arquivos orais com os arquivos escritos decorrentes da vivência de cada colaborador por meio de um questionário, previamente estabelecido.

Levando em consideração que grande parte das pesquisas em enfermagem se refere à assistência, a história oral é adequada para ser aplicada em estudos que busquem o resgate e a compreensão de determinados acontecimentos a partir de quem os presenciou. As narrativas produzidas permitem a construção de conhecimentos sobre a vivência dos que se encontram sob cuidados, seu produto serve também para propor intervenções conscientes, direcionadas à realidade do fato estudado, contribuindo para a prática profissional (SILVA et al., 2006).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 LOCAL

A pesquisa foi realizada em uma Clínica Dia – AD localizada na região central de Curitiba, Paraná. Essa clínica está inserida em um Complexo Integrado à Saúde Mental que foi fundado em 1945. Faz parte de uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, que atua no tratamento de transtornos mentais e dependência química, de forma abrangente, desde o internamento para controlar crises até o atendimento ambulatorial e clínica dia, visando a manutenção da saúde mental, abrangendo, dessa maneira, a pessoa como um complexo sistêmico, sinérgico, biopsicocultural e socioespiritual.

O local do estudo proporciona atendimento ambulatorial eletivo em regime aberto de Clínica Dia para tratamentos da dependência de álcool e outras drogas. Seu projeto terapêutico compreende atendimento humanizado, resgate de valores, reinserção social, prevenção de doenças e promoção da saúde. Tem como meta a reintegração do paciente com a família e com a sociedade.

A equipe é coordenada, atualmente, por uma terapeuta ocupacional. É composta pelo Serviço de Enfermagem (um enfermeiro e uma técnica de enfermagem), Psiquiatria (um médico), Clínica Médica (um médico), Psicologia (um psicólogo), Serviço Social (um assistente social), Terapia Ocupacional (um terapeuta ocupacional), Educação Física (um educador físico), Arteterapia (uma arteterapeuta), Nutrição (um nutricionista) e Farmácia (um farmacêutico). Esses profissionais atuam nas quatro fases do tratamento, a depender da necessidade de cada um: acolhimento, acompanhamento, participação e conscientização (integração). Além dos deles, conta-se, também, com o Serviço de Atendimento Espiritual (um voluntário), que é um serviço opcional que trata sobre dependência química e espiritualidade em rodas de conversa, proporcionando momentos de reflexão baseados no evangelho; e com a Consultoria em dependência química (um consultor de dependência química), que faz orientações sobre as circunstâncias relacionadas ao uso, o abuso e a dependência do álcool e de outras drogas, desenvolvendo função de prevenção e de intervenção, junto aos profissionais da clínica.

A pessoa em tratamento fica na clínica de quatro a cinco horas diárias, de segunda a sexta-feira ou em dias alternados (a periodicidade dependerá do seu Plano Terapêutico Singular¹), retornando ao convívio familiar e social no final da tarde. O foco do tratamento da dependência química é a terapia em grupo, por meio da equipe multiprofissional. A entrevista motivacional é a abordagem de base. Técnicas de prevenção à recaída, identificação, resgate e desenvolvimento de habilidades sociais e rede de apoio, terapia de grupo de ajuda mútua, atendimento e orientação para a família fazem parte dos dispositivos de trabalho, além de grupos informativos, visando a psicoeducação sobre a doença e a abstinência.

A entrada da pessoa na referida Clínica Dia, pelo fato de a modalidade de atendimento ser pela rede particular e por prestadoras de saúde (convênios), dá-se pelo próprio ambulatório, por demanda espontânea ou pelo encaminhamento de hospitais psiquiátricos e outras clínicas, em que se avalia que a pessoa tem indicação para continuar o tratamento em regime aberto. A Clínica Dia tem capacidade para tratamento de 60 pessoas, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Na ocasião da coleta de dados (das entrevistas), 24 pessoas estavam em acompanhamento, sendo seis por dependência química, apenas de álcool.

A estrutura conta com um ambiente apropriado e reservado, com espaço amplo e boa iluminação, e o local apresentou ambiente favorável para que a pesquisa ocorresse de maneira eficiente e segura. Além dos consultórios médicos e de enfermagem, possui área para atividades multidisciplinares, área de lazer coberta e área livre, sala de vídeo, refeitório e banheiros.

Há uma escala de atividades diárias a serem cumpridas. Nela estão descritas as atividades que acontecem durante o período de funcionamento da clínica (de oito às treze horas). Essa escala está afixada no mural da clínica para que todos possam ter acesso, designando quais são as atividades de cada dia, o período de duração e o nome dos profissionais responsáveis. Em geral, todas as pessoas em tratamento na clínica participam de todas as atividades propostas, entretanto, em alguns dias da semana, acontecem atividades diferentes e concomitantes; nesse caso, as pessoas são direcionadas para as atividades de acordo com seu PTS.

¹ Segundo a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (2017), o Plano Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de organização do cuidado voltada para um indivíduo, família ou coletividade que considera a singularidade e a avaliação de cada caso. É composto por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas que buscam o cuidado integral ao paciente. É construído entre equipe de saúde e usuário, e é resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar.

Dentre as atividades que são oferecidas durante a semana, de acordo com a agenda do dia, estão as atividades de educação física, as de arteterapia, a atividade de atendimento espiritual, a assembleia (reunião com todas as pessoas em tratamento e com a equipe multidisciplinar para discutir as demandas em relação ao convívio na clínica), o grupo terapêutico com o consultor de dependência química e com a terapeuta ocupacional, algumas atividades conduzidas por voluntários, como por exemplo, atividades de mosaico, e o grupo terapêutico de autoconhecimento, os atendimentos individuais e em grupos com psiquiatra, psicólogo e assistente social, além dos grupos com os respectivos Técnicos de Referência².

A cada semana são designadas determinadas pessoas em tratamento para realizarem funções, como, por exemplo, ser responsável pela lista de frequência nos grupos e pela entrega dos crachás.

Ao chegarem à clínica, às oito horas da manhã, as pessoas tomam café na copa ou na área aberta de lazer, em seguida vão para o acolhimento com a técnica de enfermagem ou mesmo com o enfermeiro, momento em que é feita a oração da serenidade. Posteriormente, discutem as demandas do grupo, agendam as consultas e, na sequência, uma vez por semana, são verificados os sinais vitais e antropométricos pela técnica de enfermagem. Em seguida, iniciam-se as atividades do dia. O almoço é servido às doze horas, e às treze horas as pessoas são liberadas, retornando para a clínica no dia seguinte.

4.2 COLABORADORES

Os estudos qualitativos não têm como foco principal o tamanho da amostra, pois seu objetivo é a compreensão do objeto específico de investigação e não a generalização. Os colaboradores são escolhidos de forma não aleatória e em número que permita o processo de compreensão da subjetividade do fenômeno que foi eleito para o estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O recrutamento dos colaboradores ocorreu por meio de cartazes (APÊNDICE A) afixados nos murais da Clínica Dia – AD. Esses cartazes convidavam as pessoas que fazem tratamento na clínica a participar da pesquisa. O Termo de

² Campos (1999) conceitua Técnico de Referência (TR) como o profissional de referência, entendido como um gerenciador das particularidades do caso de sua referência; sua principal função pauta-se na elaboração do Projeto Terapêutico Singular desenvolvido, englobando diagnóstico, aproximação entre terapeuta, família, usuário no desenvolvimento de atividades individuais, coletivas e grupais.

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi apresentado aos que manifestaram interesse, sendo assinado nessa oportunidade. Os colaboradores tiveram ciência a respeito dos procedimentos e métodos envolvidos na pesquisa e também foram informados de que a participação era voluntária e que, a qualquer momento, poderiam recusar ou desistir da participação, sem qualquer dano ou prejuízo. O TCLE foi composto de duas vias, sendo uma para as pesquisadoras e outra para o participante.

Os critérios de inclusão foram pessoas com dependência química de álcool que estivessem em tratamento na Clínica Dia AD; os critérios de exclusão foram as pessoas com dependência química que fizessem uso ou abuso de outras drogas concomitantes ao álcool. Dessa forma, foram realizadas entrevistas com seis colaboradores, caracterizados no quadro a seguir:

QUADRO 2 — CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

COLABORADORES	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO
Colaborador 01	M	60	União estável	Ens. médio incompleto	Aposentado
Colaborador 02	M	58	União estável	Ens. superior incompleto	Desempregado
Colaborador 03	M	41	União estável	Ens. superior completo	Corretor de imóveis
Colaborador 04	M	29	Solteiro	Ens. superior incompleto	Desempregado
Colaborador 05	F	68	Divorciada	Pós-graduação completa	Aposentada
Colaborador 06	M	47	Solteiro	Ens. fundamental incompleto	Serviços gerais

FONTE: A autora (2018).

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados conforme recomendações de Meihy e Holanda (2017), por meio de entrevista (APÊNDICE C), seguindo um roteiro com perguntas abertas, áudios gravados por dois aparelhos digitais, para diminuir os riscos de perda de material. As entrevistas aconteceram em sala reservada, confortável, com menor interferência de ruídos possível, no próprio local de tratamento dos dependentes químicos (Clínica Dia AD), em horário conveniente para eles, agendado previamente, compreendendo o horário de funcionamento da clínica que é das oito às treze horas, de segunda a sexta-feira. Dessa forma, foi possível conhecer e descrever como o dependente químico vivencia a dependência com o

álcool, como forma de conhecer as dificuldades e as necessidades do seu convívio com a família e a sociedade.

Importante ressaltar que, levando em consideração a importância da aproximação com os colaboradores, assim como o conhecimento da clínica, para a realização das entrevistas, desde março de 2017 até fevereiro de 2018, participei do grupo terapêutico de autoconhecimento, conduzido pela orientadora desta dissertação, que acontece às sextas-feiras, das nove às dez horas, na referida Clínica Dia. No primeiro dia, fui apresentada aos participantes do grupo, momento em que foi explanada minha trajetória de vida pessoal e profissional até o interesse por saúde mental.

Tal participação foi muito importante para o conhecimento da rotina da clínica, bem como dos profissionais e das pessoas em tratamento que, embora estivessem passando por problemas semelhantes, a trajetória de vida e as necessidades de cada um são diferentes. A frequência dessa participação (no grupo terapêutico) propiciou um novo olhar diante das vivências dos dependentes químicos tanto de álcool como de outras drogas. Com o passar do tempo, esse convívio estabeleceu um vínculo que permitiu melhor abordagem para a realização das entrevistas com êxito.

As entrevistas tiveram duração aproximada de 60 minutos, aconteceram nos meses de março e abril de 2018, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Depois de transcritas e encerrada a pesquisa, foram excluídas dos meios eletrônicos de forma definitiva.

Para realização da entrevista, foi necessária a assinatura do colaborador no TCLE, assim como na Carta de Cessão dos Direitos (ANEXO A) que, segundo Meihy e Holanda (2017), é um documento fundamental em história oral e remete à gravação e à transcrição, definindo a legalidade do uso da entrevista.

Foi utilizado um caderno de campo no acompanhamento das entrevistas. O uso desse caderno, segundo Meihy e Holanda (2017), não é obrigatório, mas aconselhável para que seja possível o registro das impressões de cada entrevista. Segundo os autores, “o caderno de campo deve ser íntimo e o acesso a ele deve ser exclusivo de quem dirige as entrevistas”. Nesse caderno foi possível anotar questões associadas ao diálogo como um todo e apontamentos específicos de cada entrevista. Tais apontamentos foram relacionados aos colaboradores, ao

percurso decorrido em cada entrevista, às reflexões ou intercorrências durante o processo de coleta de dados.

Visentin (2008) aponta que dentre as funções do caderno de campo, a sua existência permite que o entrevistador faça o diálogo frequente entre o momento atual da pesquisa e o projeto inicial, dessa forma o caderno de campo se torna um referencial imprescindível nas finalizações dos trabalhos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná no dia 13 de dezembro de 2017, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 79612717.7.0000.01.02 e conforme parecer consubstanciado (ANEXO B). A pesquisa teve início, portanto, após a aprovação do projeto pelo referido comitê, que é colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A presente pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado “Histórias e experiências vividas por portadores de transtornos mentais e seus familiares”. Foram atendidas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Alia os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e também a equidade, visando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. É importante mencionar que os colaboradores fazem parte de um grupo de vulnerabilidade, definido como condição de pessoas ou grupos que, por quaisquer motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Os colaboradores foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e a forma de participação, foram assegurados quanto ao sigilo e ao anonimato de sua identidade, o livre acesso às informações coletadas e o acesso ao produto final, bem como o direito a desistência a qualquer momento, caso fosse manifestado esse desejo, conforme recomendações da citada Resolução nº 466.

Após os esclarecimentos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos interessados e, posteriormente (após o tratamento dos dados), da Carta de Cessão dos Direitos, que, segundo Meihy e Holanda (2017), declara a oficialização para o uso da entrevista. O colaborador tem a oportunidade de ler o que foi escrito de sua entrevista e autorizar seu uso por meio da assinatura desse documento.

4.5 ANÁLISE EM HISTÓRIA ORAL

A análise dos dados coletados por meio do método da história oral deve ser um procedimento premeditado e está atrelada à finalidade da pesquisa, sendo determinada pela forma com que a entrevista é conduzida. Meihy e Holanda (2017) defendem que o processo de análise compreende o ato de integrar todo o desenvolvimento da proposta de pesquisa, após os materiais de áudio serem transcritos, porque posteriormente a esse processo torna-se possível estabelecer quais serão os critérios de coesão entre os documentos.

A análise em história oral, portanto, foi feita de forma planejada de acordo com as recomendações de Meihy e Holanda (2017), reunindo em sua fase final o processo de desenvolvimento, os documentos derivados das entrevistas com outras séries documentais. Somente as entrevistas não mostram sua essência, sendo consideradas apenas textos. Assim sendo, sua condução e análise foram baseadas em três fases.

A primeira fase, chamada de Transcrição Absoluta, foi a resposta da entrevista assim como foi falada, constando erros de português, palavras repetidas, descrição de sensações, riso, choro, gestos, assim como ruídos, a exemplo: interfone, telefone, barulho de animais, entre outros. Descreveram-se tanto as perguntas quanto suas respostas em estado bruto, sem tratamento e com todas as interferências que surgiram no ambiente.

Na segunda fase, dita Textualização, foram retiradas as perguntas, erros gramaticais e corrigidas as palavras sem peso semântico. Os sons e ruídos foram eliminados em favor de um texto mais claro e de melhor entendimento. Nesse momento, foi feita uma referência à essência do texto, demonstrado em uma frase que guia toda a fala do entrevistado, algo que ele deu destaque sem perceber, chamado de “tom vital” por Meihy e Holanda (2017). Pode-se fazer alusão de que o

tom vital é o título do texto, a mensagem central da entrevista. Os autores explicam que o “tom vital” é um recurso utilizado para requalificar a entrevista segundo sua essência, pois se parte do princípio que cada fala tem um sentido geral importante, assim, é tarefa de quem estabelece o texto entender o significado dessa mensagem e reordenar a entrevista segundo esse eixo. Dessa forma, é o “tom vital” que infere o que pode ou não ser eliminado do texto.

Foram realizadas, como exposto anteriormente, seis entrevistas e, após a leitura reiterada e exaustiva, foi elaborado um “tom vital” para cada entrevista: *a demora para aceitação e a força de vontade para se tornar cada dia melhor* (entrevista do colaborador 01); *uma vida de intensidade* (entrevista do colaborador 02); *a influência no desenvolvimento da dependência* (entrevista do colaborador 03); *entre o conforto e a inconsequência* (entrevista do colaborador 04); *a preocupação com o julgamento social* (entrevista do colaborador 05); e *a capacidade de reerguer-se diante das dificuldades* (entrevista do colaborador 06).

A terceira fase da análise é a versão final do texto, uma escrita mais completa e elaborada, respeitando as normas gramaticais e que foi, então, devolvida aos respectivos colaboradores para a leitura e autorização para uso e divulgação.

O processo de transpor o oral para o escrito é nomeado por Meihy e Holanda (2017) como Transcrição. Ela faz a aproximação entre o sentido e a intenção original do que é dito pelos colaboradores. Para tal aproximação acontecer é necessário que regras sejam respeitadas, assim, é condição que o transcritor tenha um bom entendimento de tudo o que foi falado, sem perder de foco o referencial utilizado na construção das frases e em qual universo vocabular essas palavras foram empregadas. Assim, as histórias transcritas puderam ser agrupadas em categorias de assuntos convergentes, possibilitando um diálogo entre as histórias levantadas por esta pesquisa e outras pesquisas apresentadas na literatura.

Dessa maneira, a Transcrição é um ponto fundamental para a história oral, pois quando é aplicada ao estudo de grupos, comunidades ou indivíduos, permite que se minimizem as restrições da racionalidade e as dimensões subjetivas também sejam abarcadas (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A versão final (Transcrição) das entrevistas com seus respectivos tons vitais está apresentada ao final desta dissertação (APÊNDICE D). No próximo item, serão descritos a caracterização de cada colaborador e o tom vital de sua entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados, primeiramente, a caracterização dos seis colaboradores da pesquisa e os respectivos tons vitais de suas entrevistas, com o objetivo de possibilitar melhor compreensão acerca das histórias vividas por eles.

Posteriormente, as narrativas dos colaboradores serão apresentadas de acordo com o tema relevante, organizadas, juntamente à discussão fundamentada. Os temas relevantes que emergiram no processo de análise foram: 1. Os impactos da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e nas questões criminais; e 2. Os impactos emocionais gerados pela dependência do álcool.

Ao final, serão expostos e discutidos outros temas importantes, considerados pelos colaboradores, mas que não se configuraram em Temas Relevantes devido a não fazerem inter-relação com todas as entrevistas, emergindo apenas nas entrevistas de três colaboradores, como: a negação diante do vício e a percepção da necessidade de ajuda; e a religiosidade e espiritualidade como elemento fortalecedor no tratamento.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Colaborador 01 – Entrevista concedida em 19 de março de 2018.

Tom vital: *A demora para aceitação e a força de vontade para se tornar cada dia melhor.*

Sexo masculino, 60 anos, estatura média, casado, aposentado. Estudou até o ensino médio, mas não concluiu. Atualmente reside em Curitiba-PR. Morou em Maringá e São Paulo. Serviu o exército. Tem dois filhos, sendo um adotivo. É testemunha de Jeová. Mora em uma casa com a esposa e os filhos. Perdeu o pai em 1986 por afogamento, mas ele e a família suspeitam de assassinato. Procurou ajuda para tratamento da dependência química em 2017, mas assume ter problemas com álcool desde jovem, sem admiti-los na época. Sobre outras drogas, apenas experimentou cigarro, e não gostou. Desde que iniciou o tratamento não teve recaída. Refere ter o apoio da família. Considera-se uma pessoa nervosa, mas que está conseguindo manter a tranquilidade, sendo compreensivo e se dedicando aos trabalhos religiosos que desenvolve, voluntariamente.

Colaborador 02 – Entrevista concedida em 29 de março de 2018.

Tom vital: *Uma vida de intensidade.*

Sexo masculino, 58 anos, estatura alta, em união estável, desempregado. Estudou até a graduação, no curso bacharel em teologia, mas incompleto. Chegou a lecionar sobre estudos bíblicos em casas de apoio e pensões. Gosta de esportes, jogava futebol e era profissional no tênis de mesa. Ganhou várias competições. É possível vê-lo jogar no intervalo entre os grupos terapêuticos. Tem três filhos do primeiro casamento que durou 30 anos. É viúvo. Reside em uma chácara, em Curitiba-PR, com a companheira, que também é dependente de álcool. Sua mãe mora em Foz do Iguaçu e mantém contato com ela. Teve um tio alcoólatra que faleceu. Fez uso abusivo de outras drogas, como maconha e cocaína. Referiu ter sido internado, aproximadamente dez vezes, sendo o internamento mais longo de quatro anos, quando iniciou a graduação. Teve incontáveis recaídas. Atualmente faz tratamento para dependência de álcool. Considera-se uma pessoa intensa, de atitudes extremas. Apresentou-se ansioso durante a maior parte da entrevista.

Colaborador 03 – Entrevista concedida em 12 de abril de 2018.

Tom vital: *A influência no desenvolvimento da dependência.*

Sexo masculino, 41 anos, estatura média, casado, corretor de imóveis. Tem graduação completa. Mora em Curitiba-PR. Tem dois filhos. Faz tratamento para dependência química de álcool há um ano e um mês. Não recaiu. Começou a fumar há pouco tempo, depois que iniciou o tratamento. Sua mãe faleceu há 14 anos de câncer, seu irmão faleceu há nove anos. Tem uma irmã viva. Sua sogra é alcoólatra. Apresentou-se sério durante a entrevista e referiu não ter muitas lembranças sobre o assunto.

Colaborador 04 – Entrevista concedida em 12 de abril de 2018.

Tom vital: *Entre o conforto e a inconsequência.*

Sexo masculino, 29 anos, estatura média, solteiro. Trabalhou em várias empresas. Está desempregado no momento. Estudou até a graduação, mas não concluiu o curso de tecnólogo em logística. Referiu ser católico, mas disse que muitas vezes busca o espiritismo para encontrar respostas às suas indagações. Mora com os pais em Curitiba-PR. Tem dois irmãos e refere uma relação um pouco

complicada com eles por conta do seu vício. Na família, apenas o avô, já falecido, tinha problemas relacionados ao álcool. Experimentou outras drogas na época do colégio, mas tornou-se dependente do álcool, para o que faz tratamento atualmente. Considera-se uma pessoa “mimada”. Apresentou-se sorridente e tranquilo mesmo durante as recordações mais difíceis. Sua fala foi marcada por relatos de inconsequência.

Colaboradora 05 – Entrevista concedida em 17 de abril de 2018.

Tom vital: *A preocupação com o julgamento social.*

Sexo feminino, 68 anos, estatura média, divorciada, aposentada. Tem graduação em pedagogia e pós-graduação em administração escolar e magistério. Nasceu no Rio de Janeiro, onde morou por 52 anos. Atualmente reside em Curitiba–PR. Mora com seus três cachorros de estimação. Tem três filhos, mas refere ter apoio apenas de dois, com o outro o contato é raro. Sua mãe e seu pai eram alcoólatras. Não usou outras drogas além do álcool. Na data da entrevista estava com quase dois meses de tratamento. Considera-se uma pessoa cansada e julgada. Apresentou-se séria durante toda a entrevista, demonstrando contentamento apenas ao falar sobre seus animais de estimação.

Colaborador 06 – Entrevista concedida em 17 de abril de 2018.

Tom vital: *A capacidade de reerguer-se diante das dificuldades.*

Sexo masculino, 47 anos, estatura média, solteiro. Ensino fundamental incompleto. É auxiliar de serviços gerais. Reside em Curitiba–PR. Mora com um amigo e a esposa do amigo em uma chácara. Tem um filho que faleceu em 2011, por troca de tiros com a polícia, e uma filha e um neto. Trabalhou muitos anos em emissoras de rádio e era reconhecido por seu trabalho na cidade. Não fez uso de outras drogas, apenas de álcool. Está em tratamento há cinco anos. Já teve recaída e está há mais de um ano em abstinência. Relata ter apoio do trabalho, de seu amigo, de sua filha e da mãe, apesar de não ser próxima. Apresentou-se tranquilo durante a entrevista, agiu com naturalidade e não demonstrou vergonha de suas experiências. Mostrou-se seguro ao falar dos planos futuros.

Os seis colaboradores da pesquisa são caracterizados como maioria do sexo masculino, sendo cinco homens e uma mulher; cinco deles com mais de 40 anos e

um com 29 anos; três com estado civil em união estável, dois solteiros e uma divorciada; dois desempregados com ensino superior incompleto, um com ensino médio incompleto, uma com pós-graduação completa e dois aposentados; um corretor de imóveis com ensino superior completo e um auxiliar de serviços gerais com ensino fundamental incompleto. De acordo com as características descritas e durante a participação no grupo terapêutico, observou-se o fato de que existe uma proporção maior de homens do que mulheres em tratamento tanto de álcool, como de outras drogas.

No Brasil, em 2016 foi registrado que o consumo de álcool por homens foi de 54%, sendo maior que o consumo por mulheres, de 27,3%. Dados semelhantes foram encontrados na Bolívia, Colômbia, Cuba, República Dominicana, México e Tailândia. A quantidade em litros ingerida por pessoa, em uma média de três anos, foi de 15,2 litros em 2010 para homens e 3 litros para mulheres; esta ingestão foi reduzida no ano de 2016 para 13,4 litros para homens e 2,4 litros para mulheres. A estimativa é que a média de consumo para ambos os sexos seja de 8,3litros em 2020 e de 7,8litros em 2025 (WHO, 2018).

Silva e Lyra (2015) citaram que, de 1.152 pessoas que ingeriam álcool, 45% apresentaram problemas relacionados a bebida em alguma época da vida. Dessas, 58% eram homens e 26%, mulheres. As autoras justificam que, de uma forma geral, as mulheres fazem abuso do álcool após eventos de grande significado, como perda de pessoas importantes, em todos os sentidos, falecimento ou separação. Os resultados do consumo aparecem para elas como queixas biológicas e familiares e, para eles, ligados a fatores legais e ocupacionais.

Pesquisa de Farias e Freitas (2015) com 60.202 pessoas, sendo 48% homens e 51,7% mulheres, concluiu que a prevalência de ingestão de álcool pelo menos uma vez nos últimos 30 dias (em relação à pesquisa) foi maior entre o sexo masculino, com 21,6%,do que no sexo feminino, com 6,6%. Em relação à faixa etária, houve maior consumo entre adultos jovens, de 18 a 29 anos, com 18,8%, em comparação com adultos de idade mais elevada, de 30 a 39 anos, com 17,8%, 40 a 49 anos, com 13,7%, 50 a 59, com 10,3% e idosos, de 60 a 69 anos, com 5,9%. Dados que diferem do presente estudo, em que a maioria é adulta, com idade maior que 40 anos.

Em relação à escolaridade, as mesmas autoras concluíram quedas pessoas que ingeriram álcool nos últimos 30 dias (em relação à pesquisa), as que tinham

ensino fundamental completo e médio incompleto eram a maioria, com 15,8%; o ensino médio completo e superior incompleto mostrou-se com pequena diferença, 15,4%; o superior completo, com 14,3%, e o fundamental incompleto e sem instrução, com 11,1%. A maior parte das pessoas era da região Centro-oeste, com 16,2% e a menor, da região Sul, 11,1%.

Durante a apresentação dos temas relevantes, outras questões referentes às características dos colaboradores serão apresentadas.

5.2 TEMAS RELEVANTES

Para ser considerada, fundamentalmente, História Oral, as entrevistas devem ser analisadas a partir de um ponto comum, não isoladamente, como forma de preservar a memória coletiva e a identidade social do estudo em questão. Deve ser encontrada inter-relação nas entrevistas, chamada de Tema Relevante. Dessa forma, o procedimento de análise não é um resumo ou recorte de falas, mas um momento em que se resolve a proposta do projeto inicial, onde são apreendidos os objetivos (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Durante as entrevistas e após a leitura exaustiva de seu produto escrito, foi possível extrair seis tons vitais correspondentes a cada entrevista, já apresentados anteriormente, e dois Temas Relevantes, sendo eles: o impacto da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e nas questões criminais; e os impactos emocionais gerados pela dependência do álcool. Além desses Temas Relevantes mencionados, as entrevistas possibilitaram extrair alguns outros temas importantes que merecem destaque e foram abordados ao final da discussão: a negação diante do vício e a percepção da necessidade de ajuda; e a religiosidade e a espiritualidade como elemento fortalecedor no tratamento, discutidos separadamente.

5.2.1 O impacto da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e nas questões criminais

Quando se discute sobre dependência química nada é exato. Observa-se uma cadeia de acontecimentos não somente com o dependente, mas com todos que participam do contexto de vida dessa pessoa: familiares, amigos, colegas de

trabalho. Os estudos, geralmente, são de baixo aproveitamento ou até interrompidos. A vida laboral também sofre as consequências desse desgaste, pois permanecer sóbrio no emprego se torna cada vez mais difícil, assim como cumprir os horários estabelecidos. A saúde física e mental é afetada, muitos deixam de se alimentar, negligenciam os cuidados básicos e acabam por adoecer, apresentando sinais de crise de abstinência, irritação, ansiedade, agressividade, além de se sentirem impotentes, com autoestima baixa, apresentando episódios de descontrole emocional, entre outros. Como se não bastassem todas as dificuldades, muitos ainda se envolvem em crimes, mesmo quando por toda a vida tiveram boa conduta.

Apesar de tudo, o álcool não está relacionado apenas a situações difíceis. A fase de experimentação, geralmente é ligada a bons momentos de lazer, de comemoração, de interação e que, para muitos, ainda marcam, também, a mudança de fase na vida, como se estivessem entrando em um momento “mais adulto”. Este uso recreativo é mencionado nos trechos a seguir.

“Estava junto com meus irmãos e um cunhado do outro irmão, bebemos e dançamos, foi o primeiro porre. Desse tempo para frente íamos encontrar os colegas e continuamos a beber. A gente se encontrava a noite, ficava conversando, não tinha droga, era só bebida, ficava até tarde bebendo, depois ia para casa.”
(Colaborador 01)

“A primeira vez que eu experimentei álcool foi uma delícia. Quando era adolescente, de 13 para 15 anos, a gente matava porcos e o papai comprava o cinzano [bebida alcoólica destilada] para a gente experimentar. Era muito gostoso.”
(Colaboradora 05)

“A gente [colegas de trabalho] se reunia, eu sempre no meio dos mais adultos. Fui na bebida, na cervejinha e saía em balada, na nossa época, chamavam-se de bailões. A gente não ia para pegar mulherada, mas para beber. Como eles eram conhecidos nos lugares, a gente não pagava nada.” (Colaborador 06)

Os relatos dos três colaboradores servem de exemplo de como se inicia o uso do álcool e descreve situações familiares e de vida social movimentada relacionado

ao consumo. Foi possível perceber a demonstração de alegria ao relatarem estes momentos, desde o riso discreto a gargalhada durante a entrevista.

Carmo et al (2018) pesquisou sobre a motivação para o consumo de bebidas alcoólicas e concluiu que os participantes de sua pesquisa buscavam os bares principalmente como forma de interação social, sendo o ato de beber em conjunto uma forma de intersubjetividade, de potencialização de momentos agradáveis, dando um sentido a mais às vivências. As principais motivações para a ida aos bares foram: lazer, diversão, dança, paquera, relaxamento, a sensação de pertencer a um grupo e alívio do estresse, condicionadas, principalmente, pela ingestão de bebidas alcoólicas.

Os mesmo autores descreveram, também, os casos desencadeados pelos excessos dessa ingestão na visão dos participantes, como os sinais e sintomas clínicos de intoxicação, náuseas e embriaguez, considerados normais por eles. O efeito prazeroso possibilitado pelo álcool faz com que essas conseqüências negativas sejam desconsideradas por quem o consome.

A discussão do Tema Relevante — os impactos da dependência do álcool — será apresentado na ordem em que aparece no título. Primeiramente, o impacto na vida familiar, depois na vida acadêmica e laboral, seguida da saúde física e mental e, por fim, nas questões criminais. Alguns fragmentos das entrevistas foram selecionados e expostos como forma de apresentação geral do conteúdo do respectivo tema relevante. Assim, inicia-se a primeira parte da discussão com o impacto da dependência do álcool na vida familiar.

Percebe-se nos trechos das entrevistas seguintes que o impacto da dependência do álcool na vida familiar é o primeiro a acontecer. Mesmo que muitas vezes não seja notado rapidamente, as conseqüências aparecem antes de a dependência ser instalada, mas os adictos percebem depois de algum tempo, geralmente após o efeito destruidor ter afetado todos ao seu redor.

“Os resultados negativos que a dependência me trouxe são muitos, inclusive familiares. [...] Eu era meio militarismo, errava, mas queria que os outros fizessem certo.” (Colaborador 01).

“Voltei para casa. Encostei o carro, entrei, guardei os documentos e a chave, minha esposa os escondeu, pois viu que eu não estava legal. Peguei umas

bermudas, uma pasta e a Bíblia, botei em uma sacola e não consegui ir embora, porque ela não quis me dar a chave. Peguei um martelo, quebrei a maçaneta do carro, mas não abriu. [...] Depois veio meu enteado, dizendo para eu dar uma volta na quadra, então, fui e esfriei a cabeça. Tomei minha vodka e já tinha um cara bravo (no bar), invocando, aí falei: vai dar briga, não pode. Sentei na porta do mercado e fiquei pensando nas consequências que iria enfrentar dali para frente: se eu iria ficar bêbado, perder o emprego, o que iria acontecer comigo. Comecei a pensar na minha esposa, no filho adotivo, o que seria dele, pois, os documentos ainda estavam em processo. Falei: meu Deus, o que eu faço?” (Colaborador 01).

“Na casa do meu pai era tudo exposto, aquilo ficava por meses lá. As nossas não conseguiam ficar mais de 12 dias, porque a gente detona. Você começa a se reconhecer. [...] Álcool, então, é um vício. Não é legal para quem tem e a gente contamina as pessoas que estão ao nosso redor, pois as deixamos doentes.” (Colaborador 02).

“Hoje, vejo que não me trouxe nenhuma consequência boa. Afastou-me dos meus pais, me fez perder tempo, estudo, relacionamentos, saúde, me perder financeiramente, também. Só tive prejuízos.” (Colaborador 04).

Estudo de Capistrano et al. (2018) com 163 participantes, em que 62,3% tinham como droga de preferência o álcool, 70% do total apresentaram problemas com substâncias psicoativas na família, sendo o álcool a substância mais frequente. Dentre as dificuldades na vida conjugal, que foi de 70%, a maioria apontou discussões como problema principal, 46% romperam vínculos, em 45,7% foram relatadas agressões, e 18,1% não quiseram responder a essa pergunta. Esses achados confirmam os relatos apresentados. O rompimento de vínculo com os pais foi o mais observado, com 23,3%, seguido dos cônjuges, com 21,7%, filhos também, com 21,7%, e irmãos com 11,7%.

A pesquisa citada corrobora os achados de outra pesquisa das mesmas autoras em que na maioria dos prontuários, 54% revelaram problemas familiares e 29,4%, problemas conjugais. Diante da perda de vínculos e das dificuldades familiares, a família tenta a todo custo resolver o problema, mas, sem preparo para a abordagem, acaba por gerar mais conflitos. Apesar da boa intenção dos mais

próximos em ajudar a pessoa que faz o uso nocivo, ainda existem pensamentos de que a dependência não é doença, mas uma atitude que pode ser controlada com imposição, de qualquer maneira (CAPISTRANO et al.,2013).

Nimtzt et al. (2014) estudaram sobre os relacionamentos familiares de dependentes químicos por meio de uma pesquisa qualitativa e, mais uma vez, todos os participantes responderam fazer uso do álcool, mas juntamente com outras drogas.

Foram discutidas questões sobre as consequências das drogas e, embora seja sabido que a família exerce influência positiva para evitar o uso, quando se convive no meio em que o consumo de álcool e outras drogas é natural, a família também influencia, negativamente, para o início e experimentação dessas substâncias, como mostram as narrativas a seguir:

“Minha vivência com álcool começou de 13 para 14 anos com cerveja, que aprendi a beber sozinho. A condição que eu tive para o início também, pois meu pai e meu irmão eram alcoólicos.” (Colaborador 03).

“A primeira vez que eu experimentei álcool foi uma delícia. Quando era adolescente, de 13 para 15 anos, a gente matava porcos e o papai comprava o cinzano [bebida alcoólica destilada] para a gente experimentar. Era muito gostoso, só que eu pulei do cinzano para cerveja.” (Colaborador 05).

Tais narrativas são validadas pelos achados na pesquisa de Mendes et al. (2018), em que os colaboradores citaram que iniciaram o consumo de bebidas, pela primeira vez, na adolescência, sendo influenciados pela família em que, em alguns casos, os pais eram dependentes de álcool. Além disso, os momentos difíceis que passaram na vida foram aceleradores no processo de dependência, como morte de alguém importante, desemprego, fins de relacionamentos, entre outros.

Com o passar do tempo, a ingestão do álcool passa a ser um hábito incontrollável, desencadeando a dependência. Com ela chegam as primeiras consequências na vida do indivíduo, que logo atingem as pessoas que o rodeiam. Um ciclo que gera, comumente, a interrupção de vínculos.

O rompimento de vínculos familiares, muito comum, repercute em toda a trajetória do dependente químico. A exposição ao sofrimento contínuo do familiar

saudável o faz chegar ao ponto extremo de quebra de vínculos, que nem sempre é proposital. Crescer em um meio de relacionamentos conturbados faz com que o conceito de família perca a base da segurança para o indivíduo, sendo transformado em algo menos importante (NIMTZ et al., 2014).

O uso nocivo de álcool e outras drogas promove, assim, uma série de desarranjos no meio familiar, como exposição frequente a discussões, agressões, tristeza, limitações afetivas, decepções e demais emoções e sentimentos que levam ao sofrimento. Pode-se dizer que tais questões são as que mais acontecem quando relacionadas ao álcool e outras drogas. Durante as entrevistas foi observado que todos os colaboradores passaram por dificuldades familiares e levam consigo algum grau de frustração e arrependimentos. Relatam consequências que o tempo ainda não conseguiu reparar. É notável, também, a angústia na fala de alguns, principalmente quando discorrem sobre o distanciamento de seus filhos.

“Depois voltei mais uma vez para Curitiba e entrei na prefeitura, em 1988 até hoje, 29 anos de trabalho, todo dia bebendo, inclusive minha família terminou por causa disso. Eu bebia todo dia. Levava as coisas para casa, mas passava no bar primeiro. [...] De tanto beber, em 2002 minha esposa foi embora. Deixou a chave lá, levou meus filhos. Fiquei sozinho. Cheguei em casa e não tinha ninguém, à noite. Meu mundo acabou mais um pouco. Bebia e bebia.” (Colaborador 01).

O colaborador demonstrou a tristeza de ser abandonado pela esposa, que levou os filhos do casal. Embora tivesse descontado sua angústia no álcool, esse momento o fez refletir sobre seus hábitos com a bebida e o fez chegar à conclusão de que foi esse o fato desencadeante pelo acontecimento. Nota-se, igualmente, a ideia de que não deixar faltar nada em casa, sempre a mantendo abastecida é suficiente e, como recompensa, continuava a beber, já que suas responsabilidades estavam sendo cumpridas. O rompimento de vínculos, acrescido de outras questões relativas ao impacto familiar, do mesmo modo é visto na narrativa a seguir:

“Tenho 58 anos, três filhos. Eles passaram por momentos horríveis. [...] Fiquei viúvo depois de 30 anos, meus filhos não queriam mais conviver comigo, porque eu fui uma pessoa na juventude que chegava a se trancar na garagem, no banheiro, por dois ou três dias, às vezes pegava o carro, voltava depois de cinco

dias. Tenho vergonha e meus filhos têm medo disso. [...] Convidava a família para a praia, para o carnaval, clube, mas eu não conseguia cumprir meus compromissos. Dava um 'blackout', uma sensação desarmoniosa para qualquer pessoa que convivesse com você. [...] Minha esposa morreu e meus filhos não me quiseram mais, tive que voltar para minha casa depois de 30 anos. Fui para onde estava minha mãe. Ela disse que não me conhecia mais, pois passei mais tempo com minha esposa.” (Colaborador 02).

Tal colaborador descreveu os motivos pelos quais seus filhos, hoje adultos, se distanciaram. Sua narrativa é marcada por lembranças ruins em relação à dependência de álcool, quando eles ainda eram crianças, acrescida da perda da figura materna, posteriormente. É relatado seu descontrole mesmo em ambiente público, na presença de familiares e amigos, expondo a família a situações constrangedoras. As memórias vivenciadas permanecem na mente de seus filhos até hoje, os deixando envergonhados e com medo. É possível afirmar que esse distanciamento pode ser considerado uma maneira de se protegerem contra possíveis eventos futuros, justificado pelo descontrole do pai cuja presença pode, ainda, remeter a lembranças desses momentos ruins de suas vidas.

O mesmo colaborador citou que, ao buscar ajuda de sua mãe, ela não o reconheceu, dando a explicação de que ele passou mais tempo com sua esposa. É notório nesse trecho que o vício o fez se distanciar de sua mãe, mesmo que não tenha sido de maneira proposital, e a partir desse acolhimento, ela passou a acompanhar sua trajetória em tratamento, como mostra a entrevista completa, ao final desta dissertação. Outra experiência muito importante vivida por esse colaborador é que ele é, atualmente, companheiro de uma pessoa também dependente química, como descreve o trecho seguinte:

“A gente não percebe. Hoje, estou percebendo, porque tenho uma mulher alcoólatra. [...] Agora, no mês passado [fevereiro], ela teve um quadro de recaída. Ela bebia até cair, daí percebi que tinha litro de bebida guardado, pois sei como é. A gente esconde e começa a ver o quadro da gente quando a garrafa já não fica mais na prateleira, ela fica por trás do armário. Você começa a ver que tem problema de alcoolismo. O alcoolismo é uma droga também. Você começa a reconhecer que tem dependência, começa a esconder aquela garrafa.” (Colaborador 02).

Suas palavras evidenciam os dois momentos de sua vida atual, o de cuidar quando precisa de cuidado. Ele reconhece o vício por estar com uma pessoa dependente. Enfatiza em alguns momentos o conflito que desenvolve por fazer parte dos dois lados, mostrando-se aflito e angustiado, mas reconhece que o cenário atual o faz refletir sobre o quanto é difícil essa convivência e permite entender e relevar a reação de distanciamento das pessoas que faziam parte de sua vida e que, hoje, não se encontram mais.

Lima-Rodriguez et al. (2015) descrevem em estudo que os dependentes de álcool têm uma forma diferente de interpretar os conflitos que acontecem na família. Quando ainda estão em fase de negação, não admitem que seu consumo seja responsável por esses problemas. Com a continuidade dos tumultos provocados pela dependência, a família passa a exercer pressão sobre a pessoa doente para que ela busque resolução para o problema interrompendo ou diminuindo o consumo da bebida. Dessa forma, eles podem ceder, momentaneamente, aos pedidos sem acreditar que estão doentes ou mesmo refletirem sobre a situação, aceitando que precisam de tratamento. O fragmento a seguir confirma esse estudo, transmitindo o impacto na vida familiar que o álcool causou, fazendo referência, principalmente, aos motivos que levaram o colaborador a procurar ajuda.

“Eu percebi que estava precisando de tratamento, porque eu estava passando dos limites, bebendo todos os dias, no horário de trabalho e isso ocasionava pressão familiar, no caso, da minha esposa. Ela ficava muito chateada, muito triste. [...] A ‘gota d’água’ para ir atrás de ajuda foi que certo dia eu agredi meu pai. Vi que estava passando da normalidade e, também, alguns episódios de brigas com familiares. Vi que deveria tomar um rumo e foi o que eu fiz. Nesse dia, eu agredi meu pai, quase apanhei de dependentes químicos, os moradores de rua, viciados. Foi um episódio muito triste, que me deixou com muita vergonha, pois onde eu trabalho e deixo meu carro todo mundo me conhece; foi uma situação catastrófica. [...] Eu tinha um irmão, falecido, e tenho uma irmã viva que não suporta bebida alcoólica, tem horror. Esses acontecimentos agravaram bastante a dependência.” (Colaborador 03).

O colaborador cita objetivamente os motivos que o fizeram perceber a necessidade de ajuda e, como praticamente em todos os casos, por meio de relatos

de agressões a outros e irresponsabilidades no trabalho. As pessoas agredidas, no caso das narrativas desta dissertação, foram todas familiares e/ou quem mantinha vínculo com o dependente. Além da vergonha ocasionada pela agressão ao pai, a forma a que faz referência aos outros dependentes sugere que ele pensava estar em uma posição diferente, ou que ainda não estava totalmente convencido da sua dependência, demonstrando, assim, o quanto o problema pode ser estigmatizado, até mesmo pelos próprios adictos.

É sabido que a dependência química faz parte das doenças estigmatizadas pela sociedade, e é importante destacar que o autoestigma por parte do doente e de sua família também existe, é muito comum, como visto no relato do colaborador acima. Ele é transmitido pelo dependente químico quando demonstra redução de sua autoconfiança, de sua autoestima, da esperança, pela falta de interesse sobre a doença, levando-o a uma condição de isolamento social, pois sua convivência com os outros é evitada (LIMA-RODRIGUEZ et al., 2015).

O trecho a seguir, do mesmo colaborador, continua descrevendo os problemas familiares que pioram o quadro da dependência, citando, novamente, a esposa e a condição de recaída.

“Minha esposa também não gosta, porque ela tem uma mãe alcoólatra e mais o marido... Isso a deixa totalmente desprotegida e fragilizada diante desse problema. Eu estou conseguindo me abster da bebida. Tenho, às vezes, recaída de ir ao estabelecimento, no bar, mas não bebo, eu só tomo uma água tônica, tomo alguma coisa, mas ainda é um vício de recaída.” (Colaborador 03).

O colaborador lamenta por sua esposa, a situação em que ela se encontra atualmente por ter mãe e marido dependentes de álcool. Ele atribui esse impacto de insegurança e fragilidade à sua dependência, fato que pode gerar um sentimento de impotência por não poder corresponder às expectativas em se manter longe do álcool. O perigo da recaída é reconhecido por ele, que se mantém abstinente, satisfazendo-se apenas com a ida ao bar, sem ingerir bebidas alcoólicas.

A recaída, ou seja, o retorno ao consumo, é uma condição corriqueira, sendo o principal inimigo na vida de quem está em tratamento. É interpretado como um momento de fraqueza por muitos dependentes. Lima-Rodriguez et al. (2015) relacionam esse acontecimento à falta de ajuda e de recursos sanitários e sociais

essenciais para a recuperação e manutenção do tratamento. A não aceitação da doença também pode ser considerada como potencial para novas crises.

Distintamente das narrativas anteriores, de colaboradores que vivenciaram as experiências na condição de casados ou em união estável, o colaborador seguinte descreve sua vivência no núcleo familiar como filho, conforme segue:

“Eles [os pais] sempre estiveram do meu lado, me ajudaram, mas acabou afetando muito a relação dos meus irmãos que nunca foi boa, tendo piorado depois que descobriram que eu bebia e usava drogas, pois fazia meus pais sofrerem. Em relacionamentos, acabei perdendo boas namoradas. Queria ter uma família, pois eu moro em uma casa de uma família perfeita. Meu pai é engenheiro, minha mãe é dona de casa, meus irmãos são todos bem-sucedidos. Sempre quis ter isso e o álcool acabou tirando isso de mim. [...] Quando eu estava prestes a fazer vestibular, conheci as drogas. Era tímido, com fama de inteligente, não perdia aulas, mas me encantei com a turminha famosa do colégio, e para fazer parte tive que ser inconsequente, usar drogas, beber. Comecei tudo como uma curiosidade, que se tornou um hábito.” (Colaborador 04).

O trecho da entrevista mostra o distanciamento dos irmãos, justificado pela repulsa ao sofrimento causado aos pais. É nítida a ideia de família perfeita trazida pelo colaborador, que é destruída pelas consequências que a dependência do álcool traz, como a perda de boas companheiras, tornando esse sonho distante. Essa ideia de família enfatiza também a função influenciadora que o lar tem no desenvolvimento humano, nesse caso, boa influência. Apesar disso, o colaborador tornou-se dependente, mas por motivos externos e curiosidade, confirmando que o problema da dependência química está em todas as classes sociais, e não apenas na periferia. Ainda, não sendo um problema apenas de classes menos favorecidas, a dependência de álcool aumenta essa estatística, por ser uma das responsáveis pelo desemprego, tópico abordado adiante.

Torna-se necessário mencionar que todas as narrativas apresentadas até o momento foram de homens, sendo a próxima narrativa da única colaboradora que atendeu os critérios de inclusão na pesquisa.

Segundo Silva e Lyra (2015), em clínicas de tratamento para drogas, o sexo masculino é maioria, embora o número de mulheres esteja crescendo a cada dia. Escrevem os autores que a sociedade ainda faz distinção entre gêneros quando o

assunto é dependência de álcool, tornando-a mais rigorosa para as mulheres e mais leve para os homens, sendo esse um dos motivos pelos quais as mulheres pouco buscam tratamento e permanecem em seu ambiente de solidão. Além do impacto familiar, o sentimento de solidão é específico e acentuado no trecho a seguir:

“Meu filho do Rio de Janeiro falou que eu não faço parte da família dele, que é só a esposa, a filha e ele, quer dizer, eu, o irmão, a irmã e os sobrinhos não fazemos parte da família dele. Estou sem falar com ele desde meu aniversário que foi em janeiro [a entrevista ocorreu em março]. Ele ligou para mim, depois não ligou mais, também não ligo. Quem tem que me procurar é ele que é o filho. Ele não sabe que estou em tratamento. [...] Tenho quatro cachorros, um pastor australiano, um shitzu, um poodle e a pequenina que eu não consigo guardar o tipo de raça. Ela se esconde debaixo da minha cama, quer dormir colada no meu pescoço. Eu convivo com eles.” (Colaborador 05).

A característica do fragmento é a mágoa trazida pelo distanciamento de um dos filhos, que telefona somente em datas comemorativas. O significado de cada pessoa no ciclo de convivência do dependente, como, por exemplo, um filho, é importante. Com essa narrativa, é possível perceber que a atenção dos outros dois filhos não supre a falta que o filho distante faz, e a forma com que se deu essa lacuna entre os dois sugere questões familiares não resolvidas e que precisam ser sanadas. A solidão é bem demonstrada pela forma que a colaboradora expressa a companhia diária apenas dos seus animais de estimação. O carinho é atribuído a eles, como os únicos capazes de entendê-la.

A próxima narrativa finaliza a parte referente aos impactos familiares. Nela, retorna a questão da destruição familiar, acrescida das consequências que serão discutidas nos parágrafos posteriores.

“Conheci minha esposa em um barzinho e tivemos o primeiro filho. A levei para morar comigo, mas eu era muito bagunçado, não queria saber de responsabilidade. A gente se fala, mas ela na dela e eu na minha, terminamos por conta da bebida. Todos os meus casos não deram certo por conta da bebida, emprego, estudo, tudo.” (Colaborador 06).

O trecho acima, mais uma vez, mostra a falta de responsabilidade com a família condicionada pela dependência do álcool. Embora a relação dos dois atualmente seja pacífica, não é o que ocorre na maioria dos casos, em que geralmente as esposas chegam ao limite da suportação e deixam seus maridos sozinhos. O colaborador reconhece o poder destruidor do álcool e o culpa por todas as suas perdas, tanto amorosas quanto acad micas e laborais. O impacto acad mico e laboral, citado pelo colaborador acima, será discutido a seguir.

Capistrano et al. (2018) constataram que 42% do total de dependentes abandonaram os estudos e 63,3% tiveram problemas relacionados ao trabalho. A maioria dos participantes iniciou o contato com as drogas ainda na adolescência, período de desenvolvimento, e ainda não estavam empregados durante o estudo, demonstrando o estrago que as drogas podem causar na vida laboral, confirmado na narrativa a seguir:

“Sobre os estudos, estudei até 2011. Reprovei em matemática, por causa de meio ponto e não completei o segundo grau. Fiz inglês. Minha cabeça era cheia de problemas familiares, a mulher queria levar meus filhos para São Paulo e foi juntando tudo, as cobranças, o trabalho.” (Colaborador 01).

“Eu já passei por, aproximadamente, dez internamentos. O primeiro que foi o maior (quatro anos) fiquei bem, cheguei a fazer bacharel em teologia, comecei a lecionar em casa de pensão, inclusive dar estudos de ensinamento bíblico, mas comecei a misturar e me desliguei daquilo, voltei para o que eu era. Voltei para o meu ego, para minha droga.” (Colaborador 02).

Os fragmentos são semelhantes, em que os dois colaboradores descrevem o esforço que fizeram para permanecer na vida acadêmica. O colaborador 01, mesmo tendo sido reprovado em matemática, teve interesse em aprender algo diferente e estudou inglês. O colaborador 02 discorre sobre as tentativas de se manter em tratamento, buscando continuar os estudos. Fazia trabalhos sociais relacionados ao seu curso de teologia, mas a ocupa o não foi suficiente para que ele continuasse longe das drogas. Com o passar do tempo mostrou-se confuso, sem concentra o para permanecer nas aulas. Ao se sentirem pressionados, seja pela família, pelo

trabalho (colaborador 01) ou por seus próprios pensamentos (colaborador 02), os dois cederam novamente ao álcool.

Capistrano et al. (2013) pesquisaram o impacto causado pelo uso abusivo de drogas em 350 prontuários. Desses, os transtornos relacionados ao álcool formaram 42,9% do total, considerado o transtorno por uso de substâncias mais comum. Assim, como na pesquisa (dos mesmos autores) que ocorreu em 2018, constaram problemas envolvendo os estudos, como o abandono, com 6,6%, e problemas laborais, com 21,7%.

Os achados refletem a dificuldade na manutenção das responsabilidades, tornando-se um ciclo que traz consequências para a vida toda. A interrupção dos estudos impossibilita a capacitação e o desenvolvimento intelectual, e assim se torna dificultoso conseguir um emprego; quando conseguem, muitas vezes não têm condições para mantê-los. Os que se desenvolvem no trabalho, acabam por deixá-lo por problemas relacionados ao uso abusivo da substância, por dificuldade em cumprir as metas das empresas, por baixa produtividade, baixo rendimento, além de alguns, ainda, ingerirem álcool antes e/ou durante o trabalho. O trecho a seguir mostra algumas dessas dificuldades:

“Antes do ramo imobiliário, eu trabalhava na área de saúde, e em vez de eu trabalhar direitinho, de ser um funcionário normal, bebia também. Bebia na hora do expediente e isso para um profissional era errado, bebia escondido.” (Colaborador 03).

O fragmento acima demonstra que, embora o dependente tenha atitudes que não condizem com o estilo de trabalho que desenvolve, a capacidade de julgamento existe e ele sabe reconhecer a diferença entre o que pode ser aceito e o que não pode. Mesmo assim, o pensamento constante no álcool faz o corpo ter necessidade de buscá-lo a todo custo, em qualquer ambiente, sem que as consequências sejam avaliadas.

Fernandes et al. (2016) concluíram que a experimentação de substâncias psicoativas, na maioria dos casos estudados por eles, se deu pela influência dos amigos. Após esse primeiro contato, a trajetória da pessoa que faz o uso continua com o consumo cada vez mais frequente, tornando-se um hábito sem controle, que é o vício. Como consequências os dependentes ficam desprovidos da base familiar,

além de perderem amigos e acabarem por ficar sozinhos e excluídos do meio social. O trecho a seguir confirma essa questão:

“Comecei a me afundar com 17 anos, quando prestei vestibular. Sempre me coloquei muita pressão, porque meu pai e meus irmãos são engenheiros. Todos fizeram cursos na Federal ou CEFET [antigo Centro Federal de Educação Tecnológica]. Quando eu estava prestes a fazer vestibular, conheci as drogas. Era tímido, com fama de inteligente, não perdia aulas, mas me encantei com a turminha famosa do colégio, e para fazer parte tive que ser inconsequente, usar drogas, beber. Comecei tudo como uma curiosidade, que se tornou um hábito. Acabei não passando na Federal. Meu pai viu que eu comecei a me afundar e não aceitava. Apesar de ele não ser rígido, não aceitava pagar uma faculdade particular para mim, porque eu bebia. [...] Então, decidi trabalhar e abandonei os estudos. Além de perder boas oportunidades de emprego, eu perdi, principalmente, o estudo. [...] Hoje, vejo que não me trouxe nenhuma consequência boa.” (Colaborador 04).

Diferente das narrativas anteriores, em que os colaboradores tentaram estudar para se manterem longe do vício, o fragmento acima discorre sobre a apresentação da droga no próprio ambiente acadêmico, até as consequências no trabalho. Nota-se a influência da família para os estudos, assim como a influência dos colegas de classe para o mundo das drogas, pois, para ser aceito na turma que admirava, o jovem precisou ter atos inconsequentes, como beber.

Esse ato de curiosidade foi atribuído por ele como responsável pela perda da chance de entrar no curso de engenharia e, para manter as necessidades da dependência, precisou abandonar os estudos e procurar um emprego. Observa-se que o colaborador refletiu sobre os prejuízos trazidos pelas drogas no âmbito familiar e acadêmico. Sua narrativa continua, abaixo, citando seu prejuízo, também laboral.

“Comecei a trabalhar e parecia que quanto mais eu usava, mais vontade eu tinha de usar. Trabalhei em três hotéis, via muita coisa em relação a bebida e droga, porque tinha muita gente que se hospedava só para usar. Conheci muitas pessoas, saía com os hóspedes, me divertia. Era recepcionista e como sempre fazia um bom trabalho, era promovido. Fazia auditoria na madrugada. Eu fazia meu trabalho e bebia. Comecei a beber no trabalho e a usar drogas.” (Colaborador 04).

Na descrição do trabalho feita pelo colaborador, nota-se, pela promoção de cargo, que ele exercia bem sua função de recepcionista e fazia atividades além do seu contrato. Sendo o hotel um ambiente em que a rotatividade de pessoas é muito grande, é inevitável conhecer muitas pessoas. Ainda que alguns ali se hospedem a trabalho, o turismo é sempre buscado por quem está em uma cidade diferente e, nesses casos, o recepcionista do hotel é a pessoa a quem os hóspedes pedem sugestões de lugares como bares, festas, bons restaurantes, entre outros.

Tal fragmento, da mesma maneira, faz menção às pessoas que se hospedam para consumirem drogas, trazendo a representação de que o hotel é um lugar de privacidade e discricção, onde não serão incomodados, nem julgados. Por esse ambiente de trabalho ser livre desses aspectos, ser de fácil acesso a bebidas e o turno de trabalho não ter supervisão direta, o colaborador se encontra em um local propício para alimentar seu vício.

Os relatos da pesquisa de Fernandes et al. (2016) referiram a dificuldade que os usuários de *crack* tiveram em permanecerem empregados, que não é diferente dos dependentes de álcool. Eles descreveram que, além de não estarem concentrados em trabalhar, faltavam continuamente e o dinheiro no final do mês era todo usado para compra de drogas. Dessa forma, eram demitidos com frequência. O trecho abaixo admite essa questão, quando o colaborador descreve, de maneira curiosa, que sua carteira de trabalho parece um passaporte, demonstrando, mais uma vez, o impacto da dependência do álcool na vida laboral:

“Até brincam nas salas de mútua ajuda que minha carteira de trabalho parece um passaporte, porque eu fui demitido várias vezes e apenas uma vez não foi por causa de vícios. Depois desses três empregos a situação foi se agravando, fui usando e bebendo mais. Quando trabalhava em uma empresa de cosméticos, mesmo no calor, vestia uma jaqueta e dividia a bebida em frascos de 250 ml para caber nos bolsos. [...] A situação foi agravando, comecei a beber quando eu acordava, saía do emprego para almoçar e bebia, antes e depois da faculdade, também. Sempre dava uma desculpa que estava em um ‘happy hour’. É impressionante como a gente que usa é inteligente, pena que é usado para lado ruim, conseguimos inventar muitas desculpas e artimanhas para conseguir usar. [...] Trabalhava em um escritório aos sábados e domingos, bebia lá mesmo, até que um

dia minha chefe encontrou as garrafas de vodka e isso gerou, quase, uma demissão por justa causa. Depois disso, tive outro internamento.” (Colaborador 04).

O trecho acima cita as inúmeras vezes em que o colaborador perdeu os empregos por conta da dependência, sendo motivo de zombaria nos grupos de Ajuda Mútua (AM). Essa é a realidade da maioria dos dependentes, seja de álcool ou outras drogas. Observa-se, também, que o internamento não aconteceu somente por uma vontade própria, mas por um momento de reflexão a partir da situação constrangedora a que foi submetido, assim como todos os outros colaboradores. Apesar de ter ciência que o problema do álcool estava interrompendo sua carreira, ele permanecia com hábitos inconsequentes em todos os novos empregos, e, com criatividade, desenvolvia atitudes cada vez mais banais e bizarras para conseguir consumir o álcool, agravando seu quadro. A próxima narrativa enfatiza, igualmente, as diversas artimanhas utilizadas para o consumo no ambiente de trabalho e seus prejuízos:

“Saí dessa emissora e entrei em outra, que era localizada próxima a uma favela. Aos domingos, eu colocava Roberto Carlos, uma música de 13 minutos e 5 segundos, chamada Caminhoneiro, assim eu ia ao boteco que tinha na frente e tomava uma [pinga], foi assim que eu comecei. Certo dia, meu chefe perguntou o que estava acontecendo e eu inventei que estava com diarreia, mas estava bêbado, deixando a música que não estava na programação rolar. [...] Estudava em um colégio particular muito bom, mas fui recaindo. Saí do emprego, foi meu último trabalho em rádio. Eu estava animado, com a aparência de bêbado. Coloquei para tocar um rock no meio da programação, quando já estava acabando meu horário. Assim que terminei meu trabalho, meu chefe me demitiu por ter pulado a programação e ele ter recebido reclamações dos ouvintes. [...] Bebia todos os dias, mesmo trabalhando. Saí bêbado de todos os meus trabalhos e serviços, foi tudo por causa da maldita da cachaça, nada por falta de responsabilidade. [...] Trabalhei, também, em um atacado que fazia rota em caminhão para Porto Alegre - RS, era eu, que trabalhava bêbado e o motorista, drogado de maconha. [...] Eu acabei conseguindo um emprego de serviços gerais [em um supermercado]. Fui resolver uns negócios e parei em um bar, que já conhecia, em uma zona de tráfico e prostituição. Sentei e chamei uma das mulheres para conversar. Acabei bebendo

mais, fomos para um hotel, gastei muito e tinha que trabalhar às 23 horas. Faltei ao emprego. Quase perdi esse último emprego. Faz cinco anos que eu estou em tratamento e o serviço me deixou incentivado, que eu não posso recair.” (Colaborador 06).

O fragmento expõe a interrupção dos estudos pela recaída e a dificuldade em se manter sóbrio no emprego e, mais uma vez, os truques para o consumo. O reconhecimento do mal que o álcool trouxe é evidenciado por ele como sendo o motivo das diversas demissões consecutivas, mas mesmo assim ao conseguir outro trabalho continua com seus hábitos peculiares. Ao assumir um caminhão com outro dependente químico, sugere-se que ambos desempenham o papel de influenciador e influenciado, pois se apoiam um no vício do outro. Nesse caso, o hábito é muito perigoso, suas consequências vão além da perda de emprego, pois dirigir sob efeito de drogas é ato de irresponsabilidade e imprudência, colocando em risco a vida de outras pessoas que transitam pelas estradas.

Pelição et al. (2016), investigaram a presença de drogas de abuso em sangue de vítimas fatais de acidentes de trânsito, concluíram que, além de na maioria ter sido detectado o álcool (46,8% dos casos das 391 amostras sanguíneas), no exame toxicológico também apareceram substâncias como cocaína, anfetaminas e *cannabis*, a última sendo a mesma referida no trecho do colaborador acima. Além disso, foram detectados casos do uso de álcool simultâneo ao de outras drogas. O comportamento de risco é uma característica da maioria dos dependentes químicos.

O mesmo colaborador, após resolver assuntos particulares, foi a um bar em uma zona de prostituição e tráfico; lá, ao se descontrolar emocionalmente com a bebida acabou por perder também o controle financeiro, gastando todo o dinheiro e faltando um dia de emprego. Essa atitude, tornando-se recorrente, o faria perder mais esse trabalho, mas, segundo ele, a instituição deu apoio ao tratamento que ele realiza atualmente.

Em um artigo publicado por Castanha (2012) sobre a dependência química e as relações de trabalho, a autora defende que as empresas devem ter função social para com seus empregados, não devendo dispensá-los antes de oferecerem ajuda; ajuda essa que não é apenas em relação às obrigações legais, mas de responsabilidade e valorização humana, como uma forma de conscientização. Diante disso, o empregado deve cumprir sua parte no tratamento, e não transferi-la

para a empresa. Enfatiza-se que o empregador deve elaborar medidas educativas e de incentivo ao tratamento, pois se trata de um problema de saúde pública.

Sendo considerado um problema de saúde pública, a dependência química atinge cada vez mais pessoas, seja por álcool ou pelo surgimento de novas drogas. A curto, médio e longo prazo traz consequências muitas vezes irreparáveis, afastando as pessoas da família, dos estudos, do emprego. Seus prejuízos também envolvem a questão da saúde física e mental, discutidas a partir do próximo parágrafo.

As comorbidades físicas descritas na pesquisa de Capistrano et al. (2018) representaram 66% do total, sendo o sistema cardiovascular o mais afetado, seguido do neurológico, gastrointestinal, hepático e outros, com 58% de problemas mentais. Apesar de a maioria desenvolver patologias relacionadas ao álcool, os colaboradores não relataram patologias físicas diagnosticadas, mas os sinais e sintomas sugerem problemas físicos sérios, como narrado no fragmento a seguir:

“Sabia que estava me prejudicando, tinham vezes que eu falava assim: vou morrer, pensava comigo. Não comia, estava com 57 quilos, só bebia. O fígado já estava sentindo, o médico passava algum remédio e eu jogava fora o resto e bebia novamente.” (Colaborador 01).

O colaborador tinha consciência de que suas queixas estavam relacionadas à dependência do álcool e procurou ajuda médica por estar em uma situação de extrema fraqueza, apresentando caquexia, suspeitando de doença hepática. Como são situações momentâneas de melhora e piora do quadro, ao se sentir recuperado, o tratamento médico é abandonado, prevalecendo a vontade descontrolada de ingerir álcool. Esse descontrole faz com que o dependente químico se torne negligente com a própria saúde, como enfatiza a narrativa do seguinte colaborador:

“Quando estou bebendo não sinto fome, não quero comer nada, sinto problemas no esôfago. Tinha dias que eu passava mal. Ontem, com o quadro que apresentei, não cheguei a ir ao hospital, mas acho que foi crise de abstinência, pois enquanto a funcionária daqui [Clínica dia] falava comigo, parecia que faltava uma dose. Senti uma tremedeira, problema de pressão alta, mas eu estava igual, suava e faltava a respiração.” (Colaborador 02).

Foram observados e descritos sinais e sintomas tanto físicos quanto mentais. As narrativas indicam mais as características do organismo quando se está em abstinência, como sugere o colaborador. A abstinência é um quadro que a pessoa em tratamento para dependência química conhece, principalmente quando já passou por muitos internamentos. É nesse momento que ela está mais susceptível a recaída, pois o desejo pelo álcool ou outras drogas é intenso. O trecho a seguir demonstra, também, sinais de abstinência, mas no início do tratamento:

“O tratamento foi de 32 dias de internamento, sendo 15 dias para desintoxicar, mas eu sentia vontade de sair urgente, porque estava começando a ficar irritado.” (Colaborador 03).

A abstinência narrada pelo colaborador 02 e a irritação mencionada pelo colaborador 03 são consequências da falta do álcool no organismo, induzida pelo tempo em que eles permaneceram sem ingestão da substância. O trecho da narrativa do colaborador 03 faz referência ao momento de desintoxicação do início do tratamento, em nível de internação hospitalar.

Esse período de desintoxicação faz parte da primeira fase do tratamento da dependência química. É uma internação, geralmente de curta duração, em que é promovida a estabilização do adicto em ambiente hospitalar. Depois dessa etapa eles continuam na RAPS pelo serviço dos CAPS, e no regime ambulatorial de clínica dia, no caso dos colaboradores desta pesquisa, onde permanecem por algumas horas, em dias alternados da semana.

Estar em tratamento durante apenas um turno proporciona o exercício da autonomia, pois a pessoa decide o que irá fazer nas próximas horas, podendo inclusive ir ao bar. A equipe está sempre avaliando o desenvolvimento de cada um e, em alguns casos, existe a necessidade de retorno para o regime de internação em hospital, ou acompanhamento com intervalo de tempo maior, para os que estão conseguindo lidar com a dependência e apresentam melhora contínua do quadro.

Mendes et al. (2018) descreveram desde a fase inicial desse processo até a alta para os serviços ambulatoriais. As alterações fisiológicas decorrentes da abstinência foram bastante evidenciadas pelos participantes do estudo, assim como os sentimentos sobre a alta, como medo de recaídas. Relataram, também, que os

serviços oferecidos fora do hospital são poucos resolutivos, dificultando a permanência no tratamento. Apesar disso, o dependente químico entende que tanto a primeira etapa quanto a manutenção ambulatorial são igualmente importantes.

Além dos prejuízos já referidos sobre a dependência do álcool, pode-se mencionar a perda da capacidade cognitiva, extremamente importante, mencionada no próximo trecho:

“De forma ampla, o álcool faz com que a gente perca neurônios, isso é comprovado. Prejudicou-me muito, vejo que minha memória não é tão forte e se eu continuar usando, sei que vai piorar, então, estou tentando parar, refletir. Se eu continuar nessa vida, não vou ter futuro. Ainda tenho vontade de beber, se fosse ruim, ninguém usaria.” (Colaborador 04).

A queixa do colaborador é muito comum. Ele não se refere ao esquecimento causado no dia seguinte à ingestão do álcool, mas à perda progressiva da memória, que causa constrangimentos por não lembrar fatos simples necessários para o cotidiano, sentimento de incapacidade, prejuízo nos estudos e na vida laboral. Capistrano et al. (2015) também obtiveram em pesquisa dados semelhantes à narrativa acima. As pesquisadoras referiram que a capacidade de trabalho é reduzida para somente 67% em pessoas com transtorno mental relacionado ao uso de substâncias.

“Hoje, na abstinência e com um pouquinho mais de juízo na cabeça, percebo que se eu continuar bebendo, não vou conseguir conquistar nada. [...] Depois de alguns internamentos, quando eu estava morando sozinho, meu pai ficou surpreso por eu querer voltar a estudar. Voltei a estudar, tirava boas notas, mesmo bebendo. Tentei transformar tudo que tinha aprendido de ruim em coisas boas. Era amigo de todo mundo. Quando a gente bebe, a gente não lembra o que faz, esquece, é uma espécie de amnésia.” (Colaborador 04).

Nessa narrativa é possível observar a dificuldade para conseguir êxito nos objetivos quando se tem dependência de álcool. Os dependentes perdem o foco com facilidade, se dispersam rapidamente, pois estão vulneráveis à bebida e não permanecem concentrados por muito tempo, mesmo em atividades simples do dia a

dia. O nível de ansiedade é elevado, fazendo entrar em um ciclo vicioso com a bebida. Por outro lado, se conhecem muito bem e nesse trecho fica evidente a força de vontade descrita pelo colaborador, que se utiliza da mudança de foco. Ele transforma os fatos desagradáveis em positivos para continuar abstinência.

Os próximos parágrafos descrevem a vivência da única colaboradora da pesquisa. Interessante destacar que é possível atribuir algumas diferentes reações diante do impacto da dependência do álcool nas diversas dimensões da vida relacionadas ao gênero.

Monteiro et al. (2016) apontam que existem variações quando se relaciona o gênero aos resultados comportamentais advindos do uso de drogas. As mulheres que fazem uso do álcool são mais vulneráveis aos sinais depressivos, as que têm dependência sofrem diminuição na autoestima, observada por problemas de comportamento e ansiedade, por exemplo. Os transtornos mais relacionados são os transtornos de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e os transtornos do humor, com sinais de mania e depressão, sendo o último a maior consequência envolvendo o consumo de álcool. Quanto maior é o consumo, piores serão os sintomas depressivos. Na narrativa abaixo notam-se esses sinais. A colaboradora demonstra certa decepção com o tratamento e com as pessoas que a rodeiam. Sente-se incompreendida, com sentimento de revolta.

“Agora estou de castigo aqui, não posso mais beber. Para a gente se livrar do vício é muito difícil, as pessoas não entendem, acham que ao estalar os dedos, o vício vai embora, mas não é assim, demora muito e a gente fica cansada. Estou cansada de ser julgada, de ser observada. Mês passado eu pedi ajuda para o meu filho, ele fez uma oração para mim, achou que do dia para noite eu iria sair do vício, então, agora tenho que me livrar do vício devagar. Agora eu preciso de ajuda. Fui percebendo a dependência aos poucos, vi que eu estava ficando sozinha. As únicas pessoas que me escutavam eram os meus cachorros, eles ficavam quietos, sentiam minha falta.” (Colaborador 05).

Assim como se percebe nesse trecho, estudo de Monteiro et al. (2016) demonstraram que o sexo feminino apresentou baixa autoestima, mais depressão, maior tendência a pensamentos paranoides e transtornos do humor se comparado aos do sexo masculino, que apresentavam mais transtornos de personalidade. É

importante que não se faça diferença de gêneros para a dependência de álcool, pois ambos são responsáveis por grandes perdas familiares e sociais. É preciso incluir e acolher a mulher no ambiente de tratamento, transmitindo segurança e capacitando profissionais para esse convívio.

Observa-se a angústia de viver em constante julgamento e observação atribuída pela dependência de álcool. A colaboradora levanta uma questão importante quando fala que sair do vício não é simples, pois é muito difícil perceber que beber socialmente virou um hábito, e diferenciar o peso das atitudes quando se está sob o efeito do álcool, pois o senso crítico está afetado. Nota-se o quadro aos poucos, geralmente após o surgimento de vários problemas, pela diminuição da produtividade, pelo abatimento financeiro, pelo distanciamento das pessoas, como no caso acima, entre outras consequências. É relevante considerar que o início do tratamento da colaboradora foi tumultuado, como expõe a seguir:

“Foi quando tive uma queda, machuquei um lado do rosto. Meu filho me levou para o Hospital Geral. Eu não sabia, mas ele estava com o papel de internamento que a doutora fez. No outro dia, pela manhã, disseram: ‘a senhora vai ser internada’. Surpresa! Levaram-me para o Hospital Bom Retiro, de ambulância. Nunca tinha andado de ambulância. Fiquei um mês lá e agora vim para cá [Clínica Dia]. Fui em 28 de fevereiro [a entrevista foi em abril de 2017] para lá, de lá encaminharam para cá, onde estou há 15 dias, aproximadamente.” (Colaborador 05).

Evidencia-se no trecho acima que a decisão de internamento partiu do filho. Geralmente a família percebe a dependência antes que o dependente a perceba e procura meios para interromper o problema, não perdendo a oportunidade de incluir o familiar em algum tratamento, mesmo que seja contra sua vontade, pois o vê em situação de risco físico e mental.

Essa situação ratifica estudos de Ferreira et al. (2015) com familiares de dependentes de drogas. Eles mencionaram que os adictos não se interessam em buscar ajuda por não acreditarem ter o vício, sendo necessária a intervenção da família, como forma de pressão, por medidas judiciais e/ou por problemas de saúde. No entanto, essa maneira de atingir o objetivo, que é colocá-lo em tratamento, não se mostra muito efetiva, resultando em baixa adesão ao tratamento, uma vez que o dependente precisa aceitar sua condição de doente para se sentir comprometido.

Observa-se na narrativa anterior que o colaborador foi para o hospital geral, considerado como porta de entrada para os demais serviços de saúde. Foi o primeiro contato da dependente antes de ser encaminhada ao serviço especializado, demonstrando a articulação da RAPS. Geralmente esse é o caminho feito por dependentes que não percebem que precisam de tratamento ou por não aceitarem essa condição. Eles levam o vício continuamente, até sentirem problemas de saúde graves e precisarem de atendimento médico de urgência, ou, ainda, dão entrada no hospital por questões de violência física.

O hospital geral faz o atendimento de acordo com suas limitações; trata a condição principal que fez o paciente adentrar nesse serviço, como uma sutura, um problema de desidratação, a necessidade de uma cirurgia, ou casos mais graves. Preza por retirar o paciente do primeiro risco. Sanada a queixa principal, é preciso dar continuidade ao tratamento para que não ocorram recidivas, então as pessoas são encaminhadas a um hospital psiquiátrico, serviço especializado. A presença da família ou de uma pessoa próxima que conheça a realidade do paciente é muito importante para que os profissionais do hospital geral tenham conhecimento do caso e consigam promover essa articulação entre serviços da RAPS corretamente.

Ao chegar ao hospital psiquiátrico a pessoa será avaliada e a família ou o acompanhante serão ouvidos. Todos os detalhes são importantes nesse momento, pois nele será decidida a modalidade de tratamento, da desintoxicação até o regime ambulatorial de clínica dia. A clínica dia promove a manutenção do tratamento com mais autonomia e liberdade para a pessoa.

Os grupos de ajuda inseridos no plano terapêutico da clínica fazem a pessoa desenvolver o autoconhecimento que a motiva a permanecer disciplinada, diminuindo os abalos psicológicos causados pela dependência. Apesar de a proposta estar pautada com vistas à manutenção de uma mente mais saudável, algumas pessoas não conseguem lidar com as oscilações emocionais e apresentam piora do quadro até chegarem a um grau de depressão com ideação e realização do suicídio, como referido a seguir:

“A clínica me ajuda. Perdemos um colega que se matou e foi um choque, veio na minha consciência, pensei que devo parar.” (Colaborador 06).

Entende-se que o suicídio é um fenômeno complexo influenciado por diversos fatores, que podem ser domésticos, familiares, sociais, por dificuldades financeiras e laborais, doenças crônicas, entre outros. A ideação suicida e sua realização são muito comuns nos transtornos mentais, principalmente no transtorno bipolar do humor, na depressão, na dependência de álcool e outras drogas.

Gonçalves, Ponce e Leyton (2015) constataram que foi detectado presença de álcool no sangue de 30% das vítimas de suicídio por enforcamento, e em 36% das vítimas de suicídio por intoxicações exógenas. O juízo crítico das pessoas dependentes de álcool e outras drogas é prejudicado, fazendo-as perderem o autocontrole com mais facilidade, provocando comportamento de risco para si e para outrem, independentemente de estarem sob efeito do álcool momentaneamente.

Os mesmos autores mencionaram que no Brasil foi realizada uma pesquisa sobre 290 vítimas de suicídio na região metropolitana de São Paulo, destas 77% eram do sexo masculino e 44% tinham entre 20 e 39 anos, e 36,2% do total estavam com alcoolemia positiva. Os pesquisadores desenvolveram outro estudo também em São Paulo analisando 632 casos de suicídio e houve predominância do sexo masculino com 76,4%. A faixa etária entre 20 e 49 anos foi afetada em 68% dos casos, dados que condizem com o citado no trecho anterior. A presença de álcool no sangue foi detectada em 37,1% dos casos em homens, e em 20,1% em mulheres.

Além da autoflagelação resultante dos efeitos do álcool, pode-se descrever que ele é o grande responsável por atitudes de violência física e emocional para com os outros. A dependência química foi referida nas entrevistas como o motivo desencadeador da perda de controle, que levou os colaboradores à ruína em âmbito familiar e social, até passarem por experiências depreciativas. As condutas de risco discutidas a seguir abordam o impacto decorrente da dependência do álcool na vida criminal.

Capistrano et al. (2018) referiram que 40,7% do total dos participantes de seu estudo se envolveram em questões criminais como agressões físicas a desconhecidos, familiares e amigos, roubo, porte e tráfico de drogas, tentativa de homicídio, porte de arma, entre outros. Esses crimes estão relacionados, muitas vezes, a questões familiares de cada um e o que sofreram durante o desenvolvimento infantil e na adolescência.

Apesar de a influência exercida pelo meio estar relacionada com os delitos, o fato de estarem sob efeito de álcool também é um fator que faz aumentar a

disposição para agressões, observada mesmo quando não há dependência, uma vez que a capacidade para julgamento está diminuída durante esse efeito, fazendo-os responderem por crimes desnecessários. Os dependentes precisam manter seu vício e, sem trabalho, há a opção de crimes, como furto, roubo, entre outros.

Segundo Capistrano et al. (2013), as pessoas que têm transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas como o álcool são mais propensas a praticarem crimes quando comparadas as que não têm esse diagnóstico. Os autores enfatizaram que o aumento da criminalidade está relacionado ao uso de drogas. A criminalidade, no referido estudo, correspondeu a 20,6% e a violência que acompanha esses atos, a 26,6%. Durante as entrevistas os colaboradores discorreram sobre o momento de fúria durante o uso abusivo de álcool, como narrado a seguir:

“Eu já tinha ido preso uma noite por ter bebido demais, e durante uma discussão ter dado um empurrão nela [esposa]. [...] Fui preso na delegacia pertinho de casa. Passei a noite toda, depois me soltaram. [...] Fui preso por conta de problemas familiares quando briguei e estava bêbado. [...] Eu fui preso, também, em Guarapuava [Paraná] porque estava armado. Vivía na cidade como um peão em 1978. Todo mundo andava armado, comprei um revólver calibre 22 e vinha para Curitiba com o revólver na cinta. Fui parado em uma blitz e o policial me prendeu. Não machuquei ninguém, mas ofendi os policiais. [...] Quando eu vi, já estava com as mãos para trás, algemado na delegacia, pertinho de casa. Vi minha esposa e meu filho, então tomei um choque e a bebida sumiu. Fiquei totalmente são, mas me prenderam lá naquela noite. Eu olhei assim e pensei: poxa! Quem sou eu? Senti-me um palhaço. As coisas foram piorando cada vez mais.” (Colaborador 01).

A narrativa acima demonstra a intolerância ocasionada pelo efeito do álcool em diversos momentos, sendo caracterizada, comumente, pelas agressões físicas e verbais aos familiares, como descrito. Os dependentes químicos, muitas vezes, não aceitam ser colocados em situações em que se sintam pressionados e reagem com violência, pois não permitem ser controlados, principalmente quando trabalham.

A pressão exercida pela família pode ser uma forma de proteção para que o adicto abandone a dependência; ela acredita que, de tanto insistir, ele perceberá o mal causado pela dependência e a abandonará, mas, como discutido anteriormente,

a aceitação de que precisa de ajuda é importante para o sucesso do tratamento. Outra questão a ser considerada é que a família fica exausta das inúmeras vezes em que seu familiar permanece em bares ou em casa consumindo álcool, e não pondera a reação ao encontrá-lo, impacientemente inicia-se uma pequena discussão que ganha grandes proporções, pois todos sentem-se esgotados.

O colaborador 01 descreve a situação de ter sido preso por porte de arma, porém esse evento isolado não está relacionado somente ao álcool, como observado, mas a uma questão cultural da época; uma forma de se sentir mais importante, ameaçador, ou como maneira de impor respeito à sociedade. Ao encontrar-se em uma delegacia na presença da esposa e do filho, ele sente o peso das atitudes inconvenientes e parece refletir, mas acaba por se “afundar” ainda mais. O próximo fragmento mostra atitudes semelhantes de violência vividas pelo colaborador:

“Tive alguns problemas sérios que cheguei a ficar preso por isso, pois fazia uso do álcool e da cocaína. Um dia fui para um boteco e estava com dinheiro, marquei com um cidadão para trazer drogas e fui tomar uma depois. Eu cheguei em casa bêbado e um filho meu veio para cima de mim, me bateu na cara e eu fui para o quarto, peguei uma arma e apontei para ele. Mesmo que eu não tenha atirado, mas um cara em sã consciência não faz isso. Para quê? Quando uma pessoa vai fazer isso em sã consciência, pegar uma arma para um filho? Ele estava fazendo faculdade, fazendo o papel dele, tinha comprado um carrinho. Bastaria só ter perguntado o que estava acontecendo já que me deu um tapa e eu sou o pai. Deixei a arma no porta-malas e virou uma confusão, levei uma pancada na cabeça e só lembro que acordei no Cajuru [fazendo referência à delegacia] com dois policiais na porta. Eu estava preso. A gente vai para o extremo, o mundo vira de cabeça para baixo, é uma inversão de valores total. Estive dois anos na cadeia. [...] Ganhei habeas corpus depois de um ano, no dia 22 de dezembro, e voltei pior do que eu estava. Eles [família] acharam que aquilo seria um internamento.” (Colaborador 02).

Na narrativa acima nota-se a perda de controle, ausência de bom senso e de senso crítico pela gravidade da atitude tomada tanto pelo filho como pelo pai. Durante a entrevista, tal colaboradores e definiu como uma pessoa competitiva, intensa e extrema em seus atos desde muito jovem. O álcool faz com que essas

características sejam exacerbadas, o descontrole emocional fica mais evidente e, aos menores estímulos, são gerados grandes estados de violência e agressividade.

Para controlar a situação, por vezes a polícia é chamada e a desordem passa a ser resolvida na delegacia. O colaborador refere como se a família entendesse que o presídio seria a solução para o problema, mas demonstrou o contrário. Após momentos de fúria como esse, os dependentes refletem e concluem como exageradas as suas atitudes, mas os danos causados por elas já são irreparáveis. A seguir, serão apresentados trechos das narrativas dos mesmos colaboradores, sobre suas experiências com os diferentes momentos da legislação brasileira:

“Sobre o caso da prisão, eles colocaram como agressão e embriaguez no lar. Naquele tempo não tinha a Maria da Penha [Lei]. Ficou como uma pessoa que bebe e fica descontrolada.” (Colaborador 01).

“Só com ela [esposa] fui para a cadeia três vezes, uma vez por autenticidade, abusei do meu tamanho, mas as outras duas, foi por covardia dela, dizendo que eu tinha a empurrado, e isso a Maria da Penha [Lei] não quer saber. Eu paguei por isso.” (Colaborador 02).

Os dois colaboradores fazem referência à Lei Maria da Penha, um, antes dela entrar em vigor, e o outro, após a vigência da referida Lei. Ambos tiveram que responder judicialmente, mas de formas diferentes. No relato do colaborador 02 fica evidente o tom ríspido quando se refere à legislação, diferente do colaborador 01.

Antes de entrar em vigor a Lei Maria da Penha, nos casos de delitos como os mencionados acima, eram aplicadas a Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, de criação dos juizados especiais criminais, que julgavam crimes de menor potencial ofensivo, em que a pena máxima era de dois anos de prisão, e permitia penas alternativas, como cestas básicas e pagamento de multas. O termo para registro dos fatos na delegacia era padrão para todos os crimes. A mulher poderia desistir da denúncia na própria delegacia e a violência doméstica e familiar contra ela não era considerada um agravante. Não previa o comparecimento do agressor em programas de reeducação e recuperação. Além disso, ele poderia continuar freqüentando o mesmo ambiente, pois não era proibido manter contato com a vítima

(NÚCLEO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE A MULHER DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (NEIM/UFBA), 2015, não paginado).

A fonte acima também fornece as principais características e mudanças após a vigência da Lei nº 11.340, de 22 de setembro de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Essa lei colocou os crimes de violência contra a mulher em evidência, e foram criados juizados especiais. As penas tornaram-se mais rígidas e as penas alternativas não constam mais como opção para esses casos. Há um termo específico para registro dos delitos na delegacia e a mulher só pode desistir da denúncia perante o juiz. Tornou-se um agravante. Seu agressor pode ser obrigado a frequentar os programas de reeducação e recuperação, como também pode ser proibido de manter contato com a vítima, seus familiares e testemunhas.

Embora várias alterações na legislação tenham sido feitas com o intuito de extinguir a violência contra a mulher, os estudos apontam que ela é a principal vítima, principalmente quando o assunto é álcool e outras drogas. Vieira et al. (2014) indicam que uma pesquisa realizada em 27 cidades de São Paulo mostrou que de 2.372 domicílios pesquisados, 52,7% das mulheres residentes foram colocadas em situação de violência por seus parceiros quando eles estavam alcoolizados.

Os autores ainda descrevem que atitudes como essas estão relacionadas ao álcool e outras drogas, a outros transtornos, ao ciúme, à perseguição, assim como podem ser atribuídas também à criação. A parte cultural da criação do homem à qual se referem os pesquisadores consta da dificuldade em expressar sentimentos, entendido por alguns deles como sinal de fraqueza, fazendo com que não entendam suas esposas. Não sabem lidar com a resolução de problemas, tornam-se frustrados, inseguros, agressivos, atuando apenas como potencial controlador de suas companheiras.

Os dependentes de álcool e outras drogas estão envolvidos em todos os tipos de delitos, dos menos aos mais danosos. Muitos com experiências em processos judiciais, em delegacias e presídios, mas também existem aqueles que nunca vivenciaram o resultado extremo de suas atitudes, como é o caso do narrador do próximo fragmento:

“Eu já poderia ter sido preso, por beber e sair. Nunca fui de brigar. Meu pai sempre me ensinou que violência é errado, mas já saí de lugar sem pagar, furtei bebida de mercado. Isso faz você se perder no meio do caminho. Estou tentando me

recuperar, porque o que eu quero para minha vida é bem diferente do que eu consegui.” (Colaborador 04).

É notório que o colaborador tem consciência das consequências de suas atitudes indevidas, refere o desejo de recuperação, que é uma tomada de decisão individual importante, mas demonstra que o desejo em manter a dependência é forte e que isso o fez praticar pequenos delitos. Capistrano et al. (2018) concluíram em pesquisa que o roubo apareceu como consequência criminal mais evidente, sendo 23% do total, e o assalto com 8,2%, evidenciando que a atitude do colaborador acima é comum no âmbito da dependência química.

Fernandes et al. (2016) observaram em estudo que, assim como mostra o fragmento acima, ao se encontrarem em uma situação de desemprego, os adictos improvisavam meios para conseguir consumir a droga. Nesse momento, eles ficam desesperados e cometem crimes de furto e roubo, tanto em casa como na rua, se desfazem de objetos em troca de droga, muitas vezes também vendem os produtos dos furtos por valores muito abaixo do mercado.

Nimtz et al. (2016) também apresentaram vários relatos de delitos pelo consumo de álcool e outras drogas em pesquisa; a ênfase dos entrevistados foi para os furtos na família. Além disso, foi descrita a experiência de um participante que fazia entrega de drogas para conseguir manter seu vício sem furtar ou roubar, assim como narra o colaborador a seguir:

“Nessa época, ele [filho que estava preso] pediu que eu fizesse o favor de levar drogas para ele revender dentro da cadeia, em troca, eu receberia 500 reais, levei 50 gramas de cocaína e 50 gramas de maconha dentro do café e do açúcar, fiz isso várias vezes. Da última, fui pego, tem a notícia na internet. [...] Me levaram preso por ter encaminhado aquelas drogas para meu filho e já virei notícia de jornal. Estava de ressaca, nem sabia o que estava acontecendo. Fui condenado a cinco anos e quatro meses. Fiquei na mesma penitenciária que meu filho estava por dois anos, depois em Piraquara [fazendo referência ao presídio localizado em Piraquara-PR] por um ano e dois meses e, em 2013, peguei condicional. Antes de acabar a pena, ganhei alvará de soltura. Fui logo para o bar comemorar, depois fomos para a casa de um colega. Eu bêbado, nem sabia com quem estava andando.” (Colaborador 06).

O trecho da entrevista acima mostra a criatividade utilizada para sustentar o vício, tanto no caso do colaborador, que precisa do dinheiro para o álcool, quanto do seu filho, que é traficante. Essa função de passar a droga para dentro da prisão é rotineira, assim como a passagem de aparelhos celulares. Os jornais e a televisão, por exemplo, sempre trazem esse tipo de notícia. A função, geralmente, é desempenhada por alguém de confiança que tem acesso ao presídio e os meios são os mais diversos, seja dentro de alimentos, dentro da roupa ou dentro do próprio corpo. A venda de drogas é uma forma de fazer circular o dinheiro de dentro da cadeia para fora e muitos dos detentos sustentam suas famílias dessa maneira.

O colaborador terminou por sofrer as consequências de levar produtos não permitidos para a cadeia, sendo preso e tendo seu nome exposto pela mídia, fato que prejudicou muito sua carreira, pois naquela época era uma pessoa reconhecida em Curitiba por desempenhar bem o seu trabalho na rádio. O trecho da narrativa a seguir é a continuação da vivência após a prisão, em que fica nítida a piora do seu quadro de alcoolismo:

“Já tinha passado do horário de ir para casa. Quando cheguei, bêbado, minha mãe não me deixou entrar, disse que chamaria a polícia. Voltei para a favela e fui tomar pinga ainda com a mesma roupa que eu tinha saído da cadeia, nem tinha comido, só bebia. Acabei dormindo na favela, no meio do mato, acordei todo molhado, seis horas da manhã. Parou uma Kombi do CRAS [Centro de Referência da Assistência Social] e chamou meu nome, perguntou se eu queria internamento, respondi que sim. Deram-me roupa, comida e fui encaminhado para uma comunidade evangélica, onde fiquei ano e meio. Desde desse dia falei que não iria mais voltar para casa, iria batalhar e voltar a ser como eu era.” (Colaborador 06).

O trecho acima faz referência ao Centro de Referência da Assistência Social, o CRAS. Esse serviço é responsável pela proteção social básica a pessoas em situação de vulnerabilidade social, podendo ser descritas como situações causadas por pobreza, fragilização dos vínculos afetivos, como as pessoas em situação de rua, com difícil acesso aos serviços públicos, aos que sofrem discriminação etária, étnica, de gênero, por deficiências, entre outros. As pessoas em situação de rua são abordadas pelos profissionais do CRAS, como no caso do colaborador acima, que

conversam oferecendo ajuda, encaminhando para casas e abrigos, de acordo com a necessidade de cada um. Outra maneira de conseguir apoio do CRAS é buscar contato, espontaneamente, ou por meio de denúncias via telefone (FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS), 2018, não paginado).

As narrativas expostas na discussão do Tema Relevante apresentado demonstram quão vultosa pode ser a destruição que as drogas causam, em especial o álcool, por ser, comprovadamente, o mais comum e aceito socialmente. Além disso, tem seu uso amplamente incentivado. Pode-se afirmar que as consequências trazidas pelo álcool e outras drogas são como o que se chama de “bola de neve”, se não forem controladas a tempo, tendem a aumentar e, assim, se estenderem para todas as áreas, atingindo praticamente todas as pessoas ao redor que, em longo prazo, tendem a adoecer por conta dos traumas vividos.

Por esses motivos a esfera da dependência química precisa de atenção. Enquanto o dependente químico de álcool for visto apenas como uma pessoa que bebe demais e, por isso, causa prejuízo em casa, as políticas públicas não surtirão efeito, pois primeiramente há de se aceitar o problema, por parte da pessoa que é dependente, para depois procurar e aceitar ajuda.

5.2.2 Impactos emocionais gerados pela dependência do álcool

Durante as entrevistas, emoções e sentimentos diversos foram explicitados com acentuado incômodo pelos colaboradores, como: impotência, angústia, culpa, desconfiança, julgamento, abandono, descontrole, arrependimento, perdas e desesperança. Pode-se inferir que tais impactos emocionais decorrentes da dependência do álcool se desenvolvem durante todo o percurso do consumo até se estabelecer, propriamente, a dependência. Nesse percurso nota-se a palavra não cumprida para com a família, a falta de atitude na criação dos filhos, o desleixo nas atividades domésticas, os atrasos para o início do expediente no trabalho, o abandono do emprego, do lar, entre outros.

Percebe-se que as questões levantadas neste Tema Relevante estão diretamente relacionadas aos impactos da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e criminal, discutidos anteriormente.

“Com todos os acontecimentos, eu bebia direto para apagar. Sentia-me zero, acabado. Quando estava bebendo, me sentia um homem sempre triste, sozinho, perdido. Não queria ir para casa assim. Eu saía do serviço e ia para o bar. Os problemas estavam na minha cabeça direto. O problema passou a ser a esposa, não queria mais voltar para casa. Eu queria ficar no mundo, se eu pudesse, mas eu pensava nos filhos: eu tenho que ir lá e amanhã tenho que ir trabalhar.” (Colaborador 01).

O trecho da narrativa acima expressa o sentimento de impotência vivido pelo colaborador. Beber para esquecer os problemas é uma forma de consolo que, com o passar do tempo, não supre a necessidade que a pessoa tem de desabafar ou fugir da realidade, transformando-se em uma angústia maior. Essa angústia fica nítida na continuação da narrativa:

“O ruim é que muitas coisas viram culpa da bebida, até mesmo se você esquece alguma coisa. Isso que ofende a gente. Certa vez estava fazendo um serviço elétrico, me desconcentrei e queimei o sensor, então, isso também foi a bebida, até hoje a culpa de tudo é da bebida. Há um ano que estou aqui e isso vai ser jogado na cara da gente muitas vezes, que a bebida deixou a gente assim, com sequela, mas na realidade, o que eu sinto não é isso. Eu sei o que sinto e isso que importa hoje. Não vou descontar na bebida, porque não vai resolver, eu não quero problema. Meu pensamento é nunca mais beber. Pode até acontecer, mas estou tratando há um ano e pouco para não fazer a mesma coisa. Eu posso mudar de vida, é o que quero. Quero viver melhor com minha esposa. Estamos ficando velhos, meu filho está crescendo, tem dez anos. Isso é o que me motiva a segurar qualquer coisa, mesmo que eu fique chateado e que me chamem a atenção.” (Colaborador 01).

A culpa mencionada pelo colaborador é descrita com angústia e desejo de mudança. Muito comum entre as pessoas que convivem com os dependentes de álcool, a desconfiança tende a agravar o quadro do adicto, que se sente frustrado, sem poder corresponder às expectativas e sem motivação para acreditar que o tratamento surtirá efeito. O tratamento permite que o dependente encare a realidade e encontre maneiras para resolver os conflitos que surgem no caminho.

Mendes et al. (2018) salientam que, muitas vezes, as pessoas com dependência buscam o tratamento não apenas para evitarem o álcool, mas como forma de também se manterem distantes da sociedade, uma vez que referem estar cansadas das situações de estresse, angústia e julgamento que são provocadas pelo descontrole com a bebida.

No trecho acima é notório que a responsabilidade de pai o ajuda a tomar uma conduta em benefício da família, mas nem sempre ocorre dessa forma. O fragmento abaixo acrescenta a reação dos filhos perante o pai adicto:

“Sou viúvo, eu fui casado por 30 anos, quando pensei em voltar para casa meus filhos disseram que não me queriam lá, porque tinham medo de mim. Chega uma hora que a gente perde toda a credibilidade, tudo que você teve e que conquistou. Tenho dois que se formaram na PUC [Pontifícia Universidade Católica do Paraná], um engenheiro de computação e o outro veterinário e tudo particular, mas nada disso vale. Eles têm aqueles traumas. Eu ia para a praia, me trancava dentro de casa e tomava, usava drogas.” (Colaborador 02).

Tal narrativa remete ao sentimento de abandono vivido pelo colaborador ao buscar os filhos. Além do impacto na vida familiar observado pela dispersão da família após o falecimento da esposa, a confiança dos filhos foi perdida ao longo dos anos. Essa rejeição, expressada como uma forma de reação, é uma maneira que eles têm de se protegerem contra futuros traumas, pois as memórias ruins da infância e adolescência não foram amenizadas. As pessoas com dependência muitas vezes entendem que o fato de cumprirem a responsabilidade, de garantirem boas escolas aos filhos, de manterem a casa abastecida, de colaborarem financeiramente, entre outros, é suficiente para o convívio pacífico. O mesmo colaborador cita, no próximo trecho, que o início de sua experiência com o álcool foi logo após seu casamento. Assim, percebe-se que, por toda a vida, os filhos foram expostos ao sofrimento de ter o pai adicto, sem a oportunidade de o conhecerem integralmente:

“Acredito que como ganhei uma casa com o casamento, com 20 ou 22 anos, acabei ganhando liberdade para poder comprar uísque e tudo, mas não deu um ano para ter bebida em uma estante como pessoas normais. Agora, estou desligado da

família, ninguém mais vai me confiar a palavra. Quer dizer, um cara desprezível. Eu sou um cara desprezível socialmente, mas eu lembro que ia à casa dos meus cunhados no final do ano, por exemplo, e admirava ver alguém abrir um uísque e beber, socialmente. Eu nem aceitava, pois iria querer acabar com todas as bebidas, na minha casa, eu não consigo.” (Colaborador 02).

A narrativa enfoca o descontrole perante a bebida e, mais uma vez, o sentimento de impotência e de desvalorização como ser humano gerado pela perda da credibilidade. Durante o tratamento, as reflexões sobre as vivências com o álcool ou outras drogas são constantes, fazendo o dependente químico repensar sobre sua vida e as atitudes que o levaram a perder o controle, para que possa modificar o caminho, reparar os danos que forem possíveis e evitar mais prejuízos.

Na fase final do tratamento, os dependentes de álcool demonstram confiança por poderem ser reinseridos na sociedade e na família. Estão em um momento em que o controle do vício depende deles e os faz sentir capazes também de controlar outras questões de suas vidas, como os estudos e o emprego. Apesar disso, não devem perder o vínculo terapêutico, pois a manutenção dessa relação é essencial para a continuação do tratamento (MENDES et al., 2018).

A forma que eles encontram para não se desligarem do tratamento é individual e depende de suas vivências. O autoconhecimento os ajuda, permitindo que desenvolvam melhores estratégias de enfrentamento da dependência; uma maneira muito comum mencionada por eles é a mudança de foco para outras atividades. Alguns voltam a estudar ou se matriculam em cursos de curta duração diferentes dos habituais, fazem oficinas de artes, culinária ou atividades físicas, entre outros. Essas atividades podem estar incluídas no tratamento ou podem ser buscadas por eles, separadamente, para preencher as horas vagas. O colaborador 04 faz referência aos grupos de Ajuda Mútua:

“Às vezes, sinto ressentimentos do que fiz no passado, das oportunidades que eu perdi, mas se eu ficar vivendo só de ressentimentos não vou conseguir viver o presente. Tento me perdoar e fazer diferente, como dizem no AA [Alcoólicos Anônimos] e no AM [Ajuda Mútua], insanidade, que é definido no livro: é você cometer os mesmos erros, ter as mesmas atitudes, esperando resultados diferentes. Se eu quiser ter um resultado diferente, tenho que ter uma atitude diferente. Se eu

continuar bebendo, sei que vou ser internado. Eles falam no livro: tem os três C, cadeira, clínica e caixão. São os três destinos que podemos ter, ou pode ir preso.” (Colaborador 04).

Os grupos de Ajuda Mútua são grupos de pessoas que se reúnem para compartilhar vivências de um problema em comum com o intuito de darem suporte e fortalecerem umas às outras. É o momento em que elas têm a oportunidade de falarem sobre suas vidas a partir de uma situação, trocando informações que promovem a reflexão (BARBOSA; SILVA; NETO, 2018).

Os Alcoólicos Anônimos (AA) são um exemplo desses grupos, considerado o mais conhecido para recuperação de dependentes de álcool. Como eles, existem também os Narcóticos Anônimos (NA), que visam à recuperação de pessoas com problemas com drogas, e os grupos para as mulheres que estão em relacionamentos destrutivos, os Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA). Os Alcoólicos Anônimos baseiam-se na espiritualidade e no seguimento de doze passos para a mudança de comportamento (MENDES et al., 2018).

O trecho anterior demonstra o sentimento de arrependimento do colaborador, trazendo questões desenvolvidas no grupo de AA. A reflexão do dependente químico sobre os impactos causados pela vivência com o álcool o faz se sentir impotente e incapaz. É preciso que ele tenha força para se desfazer da dor causada pelas perdas para que consiga avançar no tratamento e buscar melhoria da qualidade de vida. Com os grupos de ajuda mútua, eles têm a certeza de que não estão sozinhos nesta trajetória e acompanham os casos de melhora e piora a partir da vivência de cada colega. A oportunidade de ouvir as experiências dos outros os ajuda a evitar a recaída e a permanecer no tratamento.

Barbosa, Silva e Neto (2018) realizaram uma pesquisa qualitativa em que os participantes descreveram o grupo AA como uma boa forma de continuar na sobriedade. O fato de os próprios dependentes guiarem o grupo torna o desejo de melhora possível, pois um entende o outro por estarem passando pelo mesmo problema. Os pesquisados relataram que com o trabalho mental sentem uma mudança, demorada, mas gradativa, e uma sensação de liberdade. Atribuem suas conquistas aos membros do grupo, que chamam de relação de irmandade, e seguem os doze passos do método AA para continuarem abstinentes.

Pesquisa realizada por Moos e Moos (2006) ao longo de dezesseis anos, confirma o descrito acima. Os pesquisadores analisaram 628 pessoas que frequentavam os AA. Do total, 407 permaneceram no estudo até o final, foram avaliados no primeiro ano, no terceiro, no oitavo e no décimo sexto ano da pesquisa. Constataram que as pessoas que faziam tratamento e que frequentaram o grupo por 27 semanas ou mais, no primeiro ano, eram mais propensas a serem abstinentes e a terem menos problemas relacionados ao álcool no final da pesquisa do que os indivíduos que apenas frequentavam o AA; 67% dos que participavam do grupo no primeiro ano estavam abstinentes ao final dos 16 anos e tiveram também menos problemas com o consumo e com a sociedade. No mesmo estudo foi constatado que, embora a frequência no AA por curto período seja positiva, a permanência por longo tempo tem melhores resultados.

Os mesmos autores evidenciaram que esse tipo de abordagem, em que são criados vínculos, permite o estabelecimento de redes sociais de construção de habilidades porque os problemas enfrentados por eles são comuns, gerando benefícios a longo prazo.

Kelly e Yeterian (2011) referem que cada grupo de ajuda mútua tem sua própria teoria. No caso do AA, a recuperação é buscada após um “despertar espiritual ou mudança psíquica” relacionado ao trabalho de seus doze passos. A constância nesses grupos traz o benefício da abstinência, que gera redução de custos com assistência à saúde, por ser de fácil acesso, gratuito e com bons resultados. Os mesmos autores pesquisaram, por três anos, 227 pessoas em grupos de Ajuda Mútua após terem feito o tratamento ambulatorial, e verificaram que a participação nesses grupos foi associada também a maior taxa de abstinência. Eles são um complemento importante no tratamento, sendo alternativos aos recursos profissionais.

Mendes et al. (2018) confirmam em estudo que a relação interpessoal é importante no tratamento. Surgem amizades que permitem o enfrentamento das dificuldades em conjunto durante a internação hospitalar, como a solidão e as crises de abstinências, muito frequentes. Ressaltaram, igualmente, que o mesmo acontece nos grupos de ajuda mútua.

Durante as idas à Clínica Dia AD para realização das entrevistas, observei a relação interpessoal descrita acima. Os colaboradores encontravam-se em um ambiente familiar e suas vivências os aproximavam. Segundo eles declararam

informalmente, muitas experiências não podiam ser entendidas por pessoas não dependentes. Como no caso a seguir, em que a colaboradora descreve a sensação do tratamento medicamentoso e a possível desconfiança do filho:

“A doutora me receitou um remédio, ontem, que causa sensação de estar bêbada. Certa noite tomei o remédio e quando levantei para ir ao banheiro, caí e machuquei o rosto. Se eu falar para o meu filho que eu não tinha bebido ele não acreditaria.” (Colaborador 05).

Esse trecho descreve a sensação de desconfiança. A colaboradora prefere esconder o acontecimento a ser exposta a suspeita do filho de que ela poderia ter ingerido álcool, caracterizando uma reação de autoproteção. A família se comporta dessa maneira porque tem a experiência anterior, uma vez que os sinais são semelhantes aos que a pessoa viveu no início da dependência, quando chegava alcoolizada em casa e de quando tentava esconder o vício. Enfatiza-se, nesse caso, que o diálogo poderia ser trabalhado, visando o bom relacionamento entre ambos para o êxito do tratamento. O dependente precisa do apoio da família que, por sua vez, precisa de tempo para entender e aceitar que a situação pode ser diferente.

Mendes et al. (2018) referem que a contribuição familiar se mostra de grande valia no enfrentamento da dependência química, pois tem função motivacional para que a pessoa que apresenta problemas com o álcool continue em tratamento. De forma geral, o fracasso desse papel unido ao momento de desesperança pode conduzir para o abandono do tratamento.

É sabido que o tratamento da dependência de álcool e outras drogas, assim como de outros transtornos mentais, envolve medicações, terapias e internamento, mas é importante mencionar que a espiritualidade e a religiosidade fazem parte do processo, a depender da cultura, das crenças e valores de cada pessoa. Da mesma forma, a percepção da necessidade de ajuda por parte do dependente químico se traduz no primeiro passo de um tratamento exitoso.

Essas questões serão apresentadas a seguir, dada a relevância do significado para a presente pesquisa, mas por serem referidas por apenas dois colaboradores não configuraram a elaboração de um Tema Relevante: a negação diante do vício e a percepção da necessidade de ajuda, e a religiosidade e a espiritualidade como elemento fortalecedor no tratamento da dependência química.

A negação diante do vício e a percepção da necessidade de ajuda

Esse tema merece consideração por ter sido observada grande dificuldade, por parte dos colaboradores, em aceitar a dependência e, assim, buscar ajuda. Apesar de ter sido descrito por apenas dois colaboradores, a preocupação está no tempo em que um deles levou para entender e aceitar que necessitava de acompanhamento, conforme o trecho da narrativa, a seguir:

“Eu bebo há, pelo menos, 40 anos. Iniciei com 15, mas conto dos 20 anos em diante, pois antes era moleque. Percebi que precisava de ajuda com 60 anos. Precisava antes, mas não admitia. Toda vez que sentia dor no fígado, que ia vomitar, sabia que estava me prejudicando. Fui querer ajuda mesmo agora. Fiquei esses 40 anos bebendo. Agora que admiti que fui prejudicado e que prejudiquei minha família.” (Colaborador 01).

No trecho acima nota-se que o impacto da dependência do álcool na vida familiar e na saúde física serviram de alerta para a aceitação da dependência e para a procura de tratamento. Muitas pessoas não se reconhecem doentes, porque têm a ideia de que doença é uma condição palpável, que pode ser vista e avaliada com exames concretos, tendo como cura seu desaparecimento. O dependente químico tem a ideia formada de que poderá sair dessa condição quando quiser, e realmente acredita nisso.

Lima-Rodriguez et al. (2015) descrevem o comportamento da doença, comportamento esse que é observado não somente no caso do alcoolismo. Engloba etapas desde a fase inicial, de aparecimento e interpretação de sintomas, de aceitação de estar doente, de busca de ajuda para resolução do problema, de aceitação das recomendações propostas e de recuperação ou aceitação dos casos crônicos.

Os mesmos autores citam, também, que existem mudanças desse comportamento, considerado um processo que envolve: o período em que a pessoa não tem ação imediata frente à doença, o período de tentativa de mudança, o período de disposição para realização de ações em seu benefício, o período em que as mudanças foram realizadas e o período de confiança na mudança e menores chances de retorno ao comportamento não desejado. No caso da dependência do

álcool, o comportamento não desejado é chamado de recaída, citado por um colaborador e relatado nos próximos fragmentos.

Levando em consideração o comportamento diante do problema, a maioria dos dependentes se mantém, com frequência, no primeiro período, na inércia, pois a crença, por parte das pessoas com dependência de álcool, de que o padrão de consumo pode ser controlado por ela é real. Observa-se, assim, a não aceitação de que precisa de ajuda para sair do vício, a negação do problema.

Essa negação é muito observada em pessoas com problemas de alcoolismo, é uma fase que dificulta o tratamento e pode se estender por muito tempo até a aceitação do problema para, assim, aceitar ajuda. Tanto a pessoa quanto sua família passam por essa fase. Esse fato pode acontecer porque o alcoolismo os coloca em uma situação de vergonha e medo que remete à exclusão social (LIMA-RODRIGUÉZ et al., 2015).

“Precisando de ajuda eu sempre estive. [...] Eu não admitia que fosse alcoólatra. Alcoólatras eram os outros, eu não! Bebo por esporte, socialmente, era assim que falava. Nas últimas vezes que estive internado, pedi ajuda. Foi quando aconteceu agora que eu pedi o internamento, ano passado.” (Colaborador 01).

“É uma parte complicada da vida da gente, que por muito tempo a gente fica se enganando, achando que pode com isso, mas não é bem assim. Quem tem algum problema, não pode conviver com isso. Antes disso, eu tive um amigo que não tinha um quadro tão agravado de bebida, mas eu o chamava de bêbado só porque abria uma garrafa e, hoje, sou assim. Qualquer descuido posso perder meu norte.” (Colaborador 02).

Os dependentes acreditam que quando os motivos que o levaram a beber compulsivamente forem sanados, eles voltarão à vida normal. O tratamento os ajuda a entender que o perigo de recaída é real, como citou o colaborador acima. O quadro de dependência vai se estendendo, atinge a vida acadêmica e laboral, as pessoas em volta começam a perceber, e ao serem continuamente questionadas sobre o tratamento, os dependentes passam a refletir sobre o que está acontecendo, mas o receio de fazer tratamento em um hospital psiquiátrico é grande, pois é um

local onde tratam os chamados “loucos”. Esse preconceito e desconhecimento das doenças mentais ainda existe, inclusive por parte dos próprios dependentes.

Carvalho, Liotti e Lenzi (2015) mostraram em uma pesquisa qualitativa o processo de tratamento em CAPS AD e nos Alcoólicos Anônimos (AA). Expuseram experiências preconceituosas que as pessoas em tratamento vivenciaram, como serem tratadas de maneira diferente por fazerem tratamento nesses locais. Dessa forma, demonstrando, além de preconceito, a segregação e a discriminação, que dificultam o processo de recuperação e reinserção social.

Os relatos da pesquisa citada acima revelaram também o preconceito que essas pessoas sentem em relação a si mesmas por serem expostas à sociedade como dependentes de álcool, ainda que o anonimato seja um ponto positivo nesse sentido em alguns grupos de Ajuda Mútua, como o AA. Os autores descreveram que manter o nome em sigilo, mesmo que de forma simbólica, é importante para que eles possam construir uma identidade nova junto aos companheiros de reuniões. No caso da presente pesquisa, é curioso constatar que a narrativa seguinte mostra o contrário. O colaborador, em determinado momento do tratamento, não acreditou que poderia ser ajudado por outros com os mesmos problemas:

“Aos trinta e poucos anos eu sabia que precisava de ajuda. As médicas e o psicólogo da prefeitura quiseram me ajudar, mas eu não aceitava o tratamento. Naquele tempo, só tinha o Hospital Pinel e o Esperança que eram psiquiátricos. Agora tem mais, aqui, as freiras na rua Marechal, as unidades evangélicas, fora o AA [Alcoólicos Anônimos] que sempre teve. Eu falava que não adiantava um bêbado ensinar outro.” (Colaborador 01).

“A gente esconde [que tem dependência] e começa a ver o quadro da gente quando a garrafa já não fica mais na prateleira, ela fica por trás do armário. Você começa a ver que tem problema de alcoolismo. O alcoolismo é uma droga também. Você começa a reconhecer que tem dependência, começa a esconder aquela garrafa.” (Colaborador 02).

Tais narrativas indicam o quão árduo é o caminho do dependente químico. O início leve, de curiosidade e lazer, o leva a um hábito de compensação de sofrimento que depois se transforma em compulsão. Nesse meio tempo muita destruição

acontece até a aceitação do problema. Observa-se que o colaborador um percebeu que precisava de ajuda com mais de trinta anos de idade, mas somente com sessenta anos aceitou o tratamento. Para isso, primeiramente desabafou com sua esposa pedindo ajuda, como descreve a seguir:

“Expliquei que não poderia passar em frente a um bar sem consumir álcool. Pedi para ela procurar uma clínica psiquiátrica e um tratamento para mim. [...] Foi através desse tratamento que hoje estou com quase um ano sem pôr nada de álcool na boca. [...] Vou trazê-la [a esposa] quando encerrar meu tratamento, para que ela confirme minha opinião, já que acompanha meus passos desde antes de ser internado. Ela está mais confiante que estou no caminho certo e eu acho que está na hora de terminar meu tratamento. Não adianta ficar um ano tomando remédio, que também pode me prejudicar, me sinto bem assim. [...] É seguir meu destino, meu ritmo, ser religioso me ajuda muito.” (Colaborador 01).

O colaborador viveu momentos de desespero tanto sozinho como com a família, no trabalho, com os amigos, entre outras situações conflitantes. Precisou da ajuda de todos e buscou, também, uma base religiosa, citada em sua narrativa, para sustentar seu tratamento. A importância dessa dimensão — religiosidade e espiritualidade — será mencionada nos próximos parágrafos.

A religiosidade e a espiritualidade como elemento fortalecedor no tratamento da dependência química

Zerbetto et al. (2017) relataram que a religiosidade está ligada a crença e rituais sagrados (como a prática de rezar e orar) de determinada tradição, que é a religião. Cada religião possui sua orientação, seu guia de conduta social, com ações voltadas para a comunidade e também de forma individual, enquanto a espiritualidade está condicionada a busca de significados e propósitos de vida que não, necessariamente, estão relacionados à religião.

Embora a religiosidade e a espiritualidade tenham relação uma com a outra, existem distinções. O conceito de espiritualidade exposto no estudo de Lucchetti et al. (2015, p. 01) indica que ela é “a busca pessoal de compreender as respostas às questões fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o

sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar ou surgir do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de comunidade”. Assim, existem os religiosos e espirituais e os espirituais que não são religiosos.

Portanto, a religiosidade é uma organização que busca a aproximação e o envolvimento de uma pessoa ou de um grupo com o sagrado e carrega um caráter institucional. Suas práticas englobam rituais, cerimônias e crenças. Observa-se a valorização da simbologia religiosa, como os arquétipos, algumas obras de artes, as igrejas, entre outros. Enquanto a espiritualidade é voltada para a essência humana, faz reflexões abordando questões sobre a existência, a vida e a busca pessoal sem o seguimento de uma doutrina e sem necessidade de rituais. As crenças podem existir sem uma relação com Deus e com a religião (INOUE; VECINA, 2017).

Sabe-se que vários fatores, como o estresse, a personalidade, a cultura, os eventos da vida, podem influenciar no uso do álcool, e que sua utilização é antiga. Há diferenças de conduta entre as religiões sobre o uso do álcool; por exemplo, a umbanda utiliza o álcool em suas práticas, já alguns evangélicos protestantes o proíbem, sendo para ações religiosas ou não (LUCCHETTI et al., 2015).

Pode-se afirmar que as pessoas em tratamento na Clínica Dia AD (cenário da pesquisa) estão em um momento de reflexão, de estabelecimento de prioridades e limites em suas vidas, de busca pelo autoconhecimento. Logo, com a espiritualidade aflorada, algumas seguem crenças religiosas e outras não.

“Ela [esposa] ainda tem medo, mas eu acredito em Deus. [...] Sou testemunha de Jeová. [...] Sou uma pessoa cristã e vou seguindo a Bíblia, com Deus. A bíblia não proíbe beber, mas proíbe se embriagar. Como eu não tenho condições de beber pouco, é melhor não tomar nada. Falo que não precisam acreditar em mim, sei o que quero: o melhor para minha família, não quero que meu filho cresça como os outros cresceram, pensando: meu pai é um bêbado. [...] Em 2003 começamos a frequentar a igreja e até hoje estou estudando a bíblia. Fazemos estudos bíblicos, ensinamos as pessoas. Quando não sabemos alguma resposta, pesquisamos corretamente o significado. Pedimos ajuda aos mais velhos. Isso ocupou minha cabeça, me batizei ano passado. A dedicação ficou mais suave, uma pessoa mais compreensiva, menos alterada, pois eu sou muito nervoso, ainda. [...] A bebedeira é só prejuízo. Para apagar tenho que me manter calmo e vigilante. Cuidar-me. É permanecer em abstinência, sério. É seguir meu destino, meu ritmo, ser religioso me

ajuda muito, na verdade. Tenho ocupação dentro da congregação, ajudo no trabalho. Vamos ter uma assembleia de três dias em Quatro Barras [região metropolitana de Curitiba] e eu estarei lá, ajudando, cuidando do estacionamento, das pessoas. Quero manter minha religião e me manter equilibrado. Crer em Deus, que é só um Deus que fala. Ele pode nos ajudar também, na dedicação, na oração, na meditação. Não só procurar diversões.” (Colaborador 01).

O colaborador acima descreve a importância da religião em seu cotidiano, não somente como um ritual, mas como propósito de vida, um meio de trabalho que o mantém equilibrado. Ele atribui os benefícios de seu tratamento, a melhora da relação familiar e seus propósitos a sua religiosidade, que guia o comportamento humano, evitando ações de destruição e atos de abuso. Estabelece práticas que o fortalecem diante das dificuldades. O trecho a seguir faz menção também à espiritualidade:

“Hoje, faço parte de uma religião, sou de formação católica, mas eu sempre tive uma curiosidade pelo espiritismo. Muitas ideias que eu tinha, fui procurar no espiritismo e encontrei as respostas. Acho que todo mundo vem para a Terra, para a vida, tem uma missão e um desafio a ser cumprido. O espiritismo diz que a gente vem para enfrentar dificuldades e se tornar uma pessoa melhor, não como forma punitiva, mas sim como uma forma de evolução, para crescer. Esse poder superior vem me ajudando. [...] Quando eu era mais novo, não tinha limites, não pensava no amanhã. Hoje, levo um ditado como verdade: tudo que a gente planta, a gente vai colher. Não adiantaria nada se eu continuasse levando aquela minha vida inconsequente e sem limites, totalmente imatura, eu não iria conseguir nada. A religião, pelo menos a espiritualidade, é muito importante.” (Colaborador 04).

O tratamento, portanto, não é limitado a uma área física e a profissionais capacitados, mas envolve, entre outros aspectos, a religiosidade e a espiritualidade de cada um. Conforta, principalmente, os que estão em abstinência, promovendo tranquilidade e paz. O estado espiritual se torna positivo ao ouvir as mensagens, gera busca interior, fazendo refletir sobre as atitudes, aumentando, assim, a força de vontade em permanecer no tratamento. A participação em reuniões religiosas e a assistência espiritual permitem a criação de vínculos e acolhimento, servem como

mais um espaço para a escuta e apoio social, podendo ser consideradas um recurso adicional às clínicas de tratamento de álcool e outras drogas (ZERBETO et al., 2017).

A interação entre a saúde, a religiosidade e a espiritualidade se mostram importantes no tratamento, pois exercem uma função de fortalecimento diante das adversidades impostas por todas as patologias. Faz sentimentos bons serem desenvolvidos, como a esperança, a perseverança, o otimismo e promove o bem estar. Conforta a angústia, a ansiedade e melhora a condição psicológica (INOUE; VECINA, 2017).

Contudo é importante enfatizar que também existem aspectos negativos relacionados à religião, como o fanatismo e o ascetismo, por exemplo. Algumas práticas religiosas tornam-se exageradas a ponto de fazê-los acreditar que a doença é uma forma punitiva de mau comportamento, prejudicando o andamento do tratamento. Tais atitudes não foram observadas ou referidas nesta pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida para a elaboração desta dissertação me proporcionou conhecer uma especialidade da área de Saúde Mental que ainda não havia sido apresentada em minha vida acadêmica: a dependência química. A oportunidade de aprofundamento no tema foi um grande desafio a ser cumprido com prazo determinado. Durante a construção da presente pesquisa até sua finalização houve um constante e significativo crescimento profissional e, principalmente, pessoal.

A metodologia utilizada para a pesquisa, História Oral, proporcionou a imersão nas experiências de vida de cada colaborador no contexto da dependência química do álcool. Por meio dela, foi possível conhecer e descrever os impactos causados pelo uso abusivo do álcool até a dependência instalada e o tratamento, relacionando os fatos e as situações comuns da vivência de cada um, suas dificuldades, suas necessidades e os problemas causados pela dependência do álcool no convívio familiar e social. Além disso, os colaboradores expuseram, por meio de suas narrativas, o sofrimento causado e vivido pela dependência do álcool, expressando reflexões e fazendo com que sentimentos e emoções mais íntimos fossem demonstrados.

Estimular os colaboradores a narrar um assunto delicado e desgastante que remete à destruição, como o é a vivência com o álcool, fez com que alguns deles também se lembrassem de bons momentos da juventude, da vida familiar, da parceria com os amigos e colegas de escola e de trabalho, da alegria em participarem de comemorações, da diversão e do lazer na fase do “beber socialmente”. O riso demonstrou boas lembranças e a emoção foi manifestada no momento das entrevistas.

A maior parte das narrativas, no entanto, foi marcada por experiências tristes de vida. À medida que a narrativa indicava o avanço do consumo para a dependência, o conteúdo da entrevista se tornava mais delicado e emocionalmente difícil, pois era observada angústia e, muitas vezes, falta de palavras para descrever as minúcias dos momentos de desespero. Era como se voltassem no tempo e estivessem assistindo, externamente, suas atitudes inconsequentes e, apesar do sentimento de vergonha, continuavam a falar, pois se sentiam confortáveis para assumir sua vivência com o álcool.

No primeiro Tema Relevante, intitulado “Os impactos da dependência do álcool na vida familiar, acadêmica e laboral, na saúde física e mental, e nas questões criminais”, foi possível perceber que, independentemente dos fatores sociodemográficos e do período de duração da dependência, as consequências trazidas foram as mesmas. Todos os colaboradores expressaram algum tipo de rompimento de vínculo familiar, seja com os pais, com os irmãos, com os filhos ou com as companheiras; os estudos e o trabalho foram afetados por falta de compromisso; o corpo físico sentiu os efeitos resultantes da ingestão intensa de álcool, sem o aporte de nutrientes necessários para mantê-lo saudável; a mente foi condicionada à baixa autoestima, tristeza e sintomas depressivos; alguns colaboradores viveram práticas ilegais para conseguirem consumir o álcool, até responderem processos por violência contra outras pessoas quando estavam alcoolizados.

O segundo Tema Relevante, intitulado “Os impactos emocionais gerados pela dependência do álcool”, abordou sentimentos e emoções dos colaboradores diante das dificuldades colocadas em seus caminhos por serem dependentes do álcool; o preconceito por fazerem parte de um grupo vulnerável pouco compreendido pela sociedade e entendido como doença; a vergonha dos acontecimentos destrutivos que carregam por conta da dependência; a perda da confiança dos outros pelo não cumprimento de atividades simples do cotidiano, fazendo com que a sensação de incapacidade seja despertada, gerando medo de não conseguirem permanecerem no tratamento, foram os sentimentos e emoções mais enfatizados.

Pela dificuldade em manter-se na sobriedade, a busca pela qualidade de vida não se limitou ao tratamento medicamentoso e as terapias em grupo, por alguns colaboradores. Passada a fase de negação do problema, que acontece antes de buscarem o tratamento, os colaboradores expressaram que recorrem, também, aos meios espirituais e religiosos como elementos fortalecedores, na busca de respostas para suas indagações e estratégias de enfrentamento, como leitura para aprofundamento do autoconhecimento e participações voluntárias em atividades religiosas. Foi possível constatar que as atividades relacionadas à espiritualidade e à religiosidade os mantêm mais calmos diante das adversidades que surgem em suas vidas, fazendo com que aceitem melhor suas limitações.

Dessa forma, este estudo possibilitou conhecer a vivência dos dependentes químicos com o álcool, descrevendo as dificuldades e as necessidades do seu

convívio familiar e social. Tais necessidades envolvem o cuidado integral e individualizado, de maneira a melhorar a relação familiar e social. A atitude perante as pessoas com dependência de álcool deve privilegiar estratégias para melhoria do atendimento e extinguir formas de julgamento.

Os dependentes químicos são considerados grupos vulneráveis em decorrência de sua fragilidade diante da sociedade, exclusão, desigualdade, acesso dificultado aos serviços e bens comuns, entre outras dificuldades. Essa situação demonstra a necessidade de ampliação dos estudos na área de saúde mental que enfatizem o cuidado integral dessas pessoas e que sensibilize a população para a não atitude de estigmatização.

A oportunidade de repensar sobre a importância dos momentos simples da vida e sobre as atitudes manifestadas diante das diversas situações de sofrimento presentes no processo de viver, em decorrência dos resultados desta pesquisa, podem se transformar em uma riqueza de reflexões e indagações, proporcionando a recomposição do nosso interior e a reconstrução de nossas convicções.

A pesquisa abordou a esfera da dependência química, especialmente do álcool, pela percepção do próprio dependente químico, que narrou todas as fases até o vício: o início, o convívio familiar/social/laboral, as dificuldades, assim como o tratamento, na modalidade hospitalar e ambulatorial, nos dando, assim, a chance de observarmos as possíveis falhas e lacunas presentes na assistência atual. Faz-se importante a reflexão de cada narrativa para o desenvolvimento do planejamento do atendimento e acompanhamento de enfermagem, levando em consideração a trajetória de vida de cada um, interrelacionando-as, promovendo uma boa interação do grupo com os profissionais.

A presente pesquisa apresentou como limitação o número pequeno de colaboradores e o fato de ter sido feito em apenas um local de tratamento para dependência química. Dessa forma, é sugerido que outros estudos sobre o tema sejam realizados nos diversos locais de tratamento da dependência química, abrangendo um número de colaboradores maior.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G.; KARAM, M. L.; DAVID, H. M. S. L.; ALARCON, S.; PFEIL, F. M. C.; ANDRADE, C. S. G. C. **Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2012.
- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2014.
- ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. 1.ed, p.199. Barueri, SP: Minha editora, 2009. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**. Botucatu, SP, v.21, n.60, p. 63-76, jan-mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150428.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.
- ARAÚJO, I. C.; MARSICANO, T. G. Atuação do enfermeiro no centro de atenção psicossocial. **Temas em saúde**. João Pessoa, PB, v.17, n.1, p. 191-230, 2017. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17112.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.
- BARBOSA, M. S.; SILVA, M. R.; NETO, M. C. S. Grupo de Alcoólicos Anônimos: motivação dos participantes no processo de tratamento. **Psicologia. pt**. 2018. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1167.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.
- BARROS DA SILVA, A. Cuidados de enfermagem a pacientes com dependência química. **Rev. Bras de Educ e Saúde**. Pombal, PB, n.5, v. 1, p.1-5, jan-mar. 2015. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3145/2640>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- BENEVIDES, D. S.; PINTO, A. G. A.; CAVALCANTE, G. M.; JORGE, M. S. B. Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface**. Botucatu, SP, v.14, n.32, p.127-138, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011>. Acesso em: 24 out. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2013.

1folder. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf

>. Acesso em: 12 out. 2017.

_____. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=465&historico=12890692>. Acesso em: 12 out. 2017.

_____. **Observatório crack**. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 14 out. 2017.

_____. **Portal da Saúde SUS**. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l1-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>.

Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 25 jan. 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>.

Acesso em: 12 out. 2017.

_____. 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, 26 jan. 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>.

Acesso em: 12 out. 2017.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 26 jan. 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>.

Acesso em: 12 out. 2017.

_____. 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). Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>
. Acesso em: 12 out. 2017.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.
Acesso em: 12 out. 2017.

_____. Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001. Aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. Brasília, DF, 10 jan. 2001. Disponível em:
<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1318281520530GM_P44_01_Hospital_Dia.pdf>
. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. **Programa de volta para casa:** liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília, DF, 2003. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017

_____. Resolução nº 32, de 14 de janeiro de 2017. Estabelece as diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em:
<http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx>. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

CAPISTRANO, F. C.; FERREIRA, A. C. Z.; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; MANTOVANI, M. F. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enferm.** Curitiba, PR, v. 18, n. 3, p. 468-474, jul-set. 2013. Disponível em:
<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33556/21055>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

CAPISTRANO, F. C.; MAFTUM, G. J.; MANTOVANI, M. F.; FELIX, J. V. C.; KALINKE, L. P.; NIMTZ, M. A.; MAFTUM, M. A. Consequência do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. **Saúde e pesquisa**, Maringá, PR, v.11, n.1, p. 17-26, jan-abr. 2018. Disponível em:
<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5991/3163>>. Acesso em: 25 maio 2018.

CARVALHO, J. E. S.; LIOTTI, D. B. M.; LENZI, M. C. R. CAPS AD e Alcoólicos Anônimos: o processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, SC, v.7, n.16, p.41-61, 2015.

Disponível em:

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2339/4326>>.

Acesso em: 09 out. 2018.

CARMO, D. R.P.; FARIA, F. L.; PELZER, M. T.; TERRA, M. G.; SANTOS, M. A. **Motivações atribuídas por adultos ao consumo de bebidas alcoólicas no contexto social**. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, SP, v.20, n.2, p.225-239, maio-ago. 2018. Disponível em: <

http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v20n2/pt_v20n2a09.pdf> Acesso em: 20 jan. 2019.

CASTANHA, P. F. **A dependência química e as relações de trabalho**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/21560/a-dependencia-quimica-e-as-relacoes-de-trabalho>>. Acesso em: 15 set. 2018.

CEDRO, L. F.; SOUZA, Â. C. A importância da Reforma Psiquiátrica na mudança do paradigma da assistência de Enfermagem e Saúde Mental prestada ao portador de sofrimento mental. **Rev. pesq.: cuid. fundam.** online, UNIRIO, Rio de Janeiro, v. 2, p. 764-766, out-dez. 2010. Disponível

em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1122>>.

Acesso em: 10 maio 2017.

CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível

em:<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

COUTINHO, E. S. F.; FRANÇA-SANTOS D.; MAGLIANO, E. S.; BLOCK, K. V.; BARULFALDI, L. A.; CUNHA, C. F.; VASCONCELLOS, M. T. L.; SZKLO, M. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Públ.** v. 50, n. 8, 2016. Disponível

em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006684.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

DRUMOND, E. F.; SOUZA, H. N. F.; HANG-COSTA, T. A. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009*. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, DF, v.24, n.4, p. 607-616, 2015. Disponível em:

<<https://scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n4/607-616>>. Acesso em: 01 maio 2018.

FARIA FILHO, E. A. Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 78-84, maio-ago. 2014. Disponível

em:<<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/98722>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

FERNANDES, M. A.; LUZ NETO, A. F.; AZEVEDO, A. M.; MONTEIRO, C. F. S.; IBIAPINA, A. R. F.; SOUSA, L. E. N. Crack: o olhar do usuário em tratamento. **Rev. Enferm. UFPE** online. v. 10, n. 2, p. 545-553, 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10988/12337>>.

Acesso em: 28 dez. 2017.

FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C.; SOUZA, E. B.; BORBA, L. O.; KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A. Drug addicts treatment motivations: perception of family members. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. v. 68, n. 3, p. 474-481, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0474.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS). Disponível em: <<http://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=198>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.2,p.227-237, abr-jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00227.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

GONÇALVES, R. E. M.; PONCY, J. C.; LEYTON, V. Alcohol use and suicid. **Saúde, Ética & Justiça**. v. 20, n.1, p. 9-14, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sej/article/download/102818/101107>>. Acesso em: 18 set. 2018.

HALLAIS, J.A.S.; BARROS, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p. 1497-1504. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Spirituality and/or religiosity and health: a literature review. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 2, p.127-130, 2017. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>> Acesso em: 15 set. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

KELLY, J. F.; YETERIAN, J. D. The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment. **Alcohol Research & Health**. v. 33, n. 4, p. 350-355, 2011. Disponível em: <<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh334/350-355.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

LAGO, E. A.; MACHADO, R. S; VIEIRA, T. S; MONTEIRO, C. F. S. Perfil de moradores de serviços residenciais terapêuticos. **Rev. Enferm UFPI**. v. 3, n. 1, p. 10-17, jan-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/11113/pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

LARANJEIRA, R.; NICASTRIS, S.; JERONIMO, C.; MARQUES, A.C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, RJ, v.2,n.22, p. 62-61, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

LIMA-RODRIGUÉZ, J. S.; GUERRA-MARTÍNS, M. D.; DOMINGUÉZ-SÁNCHEZ, I.; LIMA-SERRANO, M. Resposta da pessoa doente alcoólatra frente à sua doença: perspectivas de pacientes e familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 1165-1172, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01165.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2.ed, v.2, p. 712. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; VALLADA, H. Spirituality or religiosity: is there any difference? **Rev. Bras.de Psiquiatr.** São Paulo, v. 37, p. 83-83, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v37n1/1516-4446-rbp-2015-37-1-83.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MACAGNAN, J. P.; MENETRIER, J. V.; BORTOLOTTI, D. F. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão – Paraná. **Biosaúde**, Londrina, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/ccb/patologia/portal/pages/arquivos/Biosaude%20v%2016%202014/BS_16_2_2014_DF_01.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

MAFTUM, M. A.; PAGLIACE, A. G. S.; BORBA, L. O. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Rev. Fund. Care** online. v. 9, n. 2, p. 309-314, abr-jun. 2017. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3626/pdf_1>. Acesso em: 29 dez. 2017.

MARINHO, A. M.; MARTINS, A. K. L.; LIMA, H. P.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reflexões acerca da Reforma Psiquiátrica e a (re)construção de Políticas Públicas. **REME Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 141-147, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/19>>. Acesso em: 10 maio 2017.

MASCARENHAS, M. D. M.; NEVES, A. C. M.; MONTEIRO, R. A.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Emergency room visits due to external causes and alcohol consumption – Capitals and the Federal District, Brazil, 2011. **Ciênc. Saúde Colet.** v.20, n.4, p. 1037-1046, 2015. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n4/1037-1046>>. Acesso em: 05 maio 2018.

MATOS, J. S.; SENNA, A. K. História Oral como fonte: problemas e métodos. **Historiæ**, Rio Grande, RS, v. 2, n. 1, p. 95-108, 2011. Disponível em: <<https://www.seer.furg.br/hist/article/viewFile/2395/1286>>. Acesso em: 13 maio 2017.

MEDEIROS, P. F. P. GARCIA, L. S. L.; KINOSHITA, R. T.; SANTOS, P. S.; HAYASHIDA, G. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde**

(SUS): eixo políticas e fundamentos. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2. ed, 5.reimpressão. São Paulo: Contexto, 2017.

MENDES, J. S.; PREIS, L. C.; BROLESSE, D. S.; SANTOS, J. L. G.; LESSA, G. Significado do tratamento hospitalar de desintoxicação para pessoas com alcoolismo: retomando a vida. **Cogitare Enferm.** Curitiba, PR, v.23, n.2, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53410>>. Acesso em: 09 set. 2018.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XVII, 2010, Caxambu, MG, Brasil. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental.** ABEP: [s.n.], 2010. p.1-9. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2017.

MONTEIRO, C. B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro, RJ, v.10, n.4, p.735-739, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a17.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

MONTEIRO, C. F. S.; SILVA JÚNIOR, F. J. G.; GONÇALVES, L. A.; LIMA, L. A. A.; SANTOS, A. G.; VELOSO, L. U. P. Depressive symptoms and alcohol and drugs consumption in the female universe. **Int. Arc. Med.** v.9, n.145, 2016. Disponível em: <<https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1685/1307>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MOOS, R.H.; MOOS, B.S. Participation in Treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-Year Follow-Up of Initially Untreated Individuals. **J. Clin. Psychol.** v.62, n.6, p.735-750, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2220012/>>. Acesso em: 06 set. 2018.

NIMTZ, M. A.; TAVARES, A. M. F.; MAFTUM, M. A.; FERREIRA, A. C. Z.; BORBA, L. O.; CAPISTRANO, F. C. Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. **Cogitare Enferm.** Curitiba, PR, v.19, n.4, p. 667-672, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35721/23905>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

NIMTZ, M. A.; TAVARES, A. M. F.; MAFTUM, M. A.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.12, n.2, p. 68-74, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n2/pt_02.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

PELIÇÃO, F. S.; PERES, D. M.; PISSINATI, J. F.; PAULA, D. M. L.; FARIA, M. G. C.; NAKAMURA-PALACIUS, E. M.; MARTINIS, B. E. Predominance of alcohol and illicit drugs among traffic accidents fatalities in a urban area of Brazil. **Traffic. Inj. Prev.** v.17, n.7, p.663-667, 2016. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15389588.2016.1146824?needAccess=true&journalCode=gcpj20>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11.ed., p.1583. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Lei nº 14.592, de 19 de outubro de 2011. Proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, e dá providências.

Secretaria de Saúde. São Paulo, SP, 19 out. 2011. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/norma/163480>>. Acesso em: 17 out. 2017.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (SICAD). **Sinopse Estatística 2016 – Alcool**. 2018. Disponível em:<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/Documents/2018/SinopseEstatistica16_alcool.pdf>. Acesso em: 11 maio 2018.

SILVA, C. A. CARVALHO, S. L.; CAMARGO, C. L.; SANTOS, A. C. P. O.; MENEZES, M. R. História oral e pesquisas qualitativas em enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, p. 1-7, set. 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/487/110>>. Acesso em: 14 maio 2017.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicol. Ciênc. Prof.** Brasília, DF, v.36, n.3, p. 637-652, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 805-814, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M. O beber feminino: socialização e solidão. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, RJ, v.39, n.106, p.772-781, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00772.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**. v. 9, n.1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. **Relatório mundial sobre drogas 2018**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>>. Acesso em: 24 out. 2018.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Plano Terapêutico Singular**. Brasília, 2017. 1 folder.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher. **Observatório Lei Maria da Penha**. Disponível em: <http://www.observe.ufba.br/lei_aspectos>. Acesso em: 12 ago. 2018.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; ROCHA, F. M.; SILVA, A. C. O. Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, RJ, v.18, n.1, p. 101-106, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0101.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

VARGAS, D.; SOARES, J.; LEON, E.; PEREIRA, C. F.; PONCE, T. D. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, RJ, v.39, n.106, p.782-791, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00782.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

VASCONCELOS, K. I.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267019592013/>>. Acesso em: 18 set. 2017.

VIEIRA, L. B.; CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C.C.; TERRA, M. G. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2014, v.67, n.3, p.366-372. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2018.

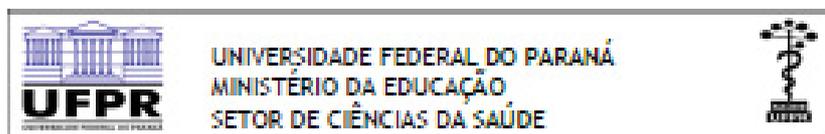
VISENTIN, A. **O itinerário terapêutico**: história oral de idosos com câncer. 146f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. Inclusão de usuários de Hospital-dia em Saúde Mental: uma revisão. **Psic. Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 15, n.3, p. 790-799, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a18.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Alcohol, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/alcohol/en/>> Acesso em: 26 out. 2018.

ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ZERBETO, S. R.; GONÇALVES, A. M. S.; SANTILE, N.; GALERA, S. A. F.; ACORINTE, A. C.; GIOVANNETTI, G. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, RJ, v.21, n.1, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170005.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

APÊNDICE A - CONVITE PARA O PARTICIPANTE DA PESQUISA

CONVITE

A mestranda Rita de Cássia Nascimento Lages e sua orientadora professora Dra. Miriam Aparecida Nimtz, vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná - UFPR, estão desenvolvendo uma pesquisa sobre a vivência do dependente químico de álcool.

Objetivo: Conhecer e descrever como o dependente químico vivencia a dependência com o álcool.

Convidados: Vocês que fazem tratamento, nesta clínica, por dependência de álcool.

Tem interesse em participar? Basta entrar em contato com as pesquisadoras, Rita de Cássia Nascimento Lages, por meio do número (86) 98104 9395 ou por e-mail: rit.dcassia@gmail.com e Miriam Aparecida Nimtz, por e-mail: miriamnimitz@uol.com.br ou pessoalmente na Clínica Dia - AD Bom Retiro, as sextas-feiras, das 08 às 12h.

Sua participação é voluntária e gratuita.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Miriam Aparecida Nimitz e Rita de Cássia Nascimento Lages, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você para participar de uma pesquisa intitulada “A vivência do dependente químico com o álcool”. Essa pesquisa será importante para melhorar a sua assistência à saúde, compreendendo que suas necessidades envolvem o cuidado integral e individualizado, tendo em vista o melhor convívio familiar e social.

- a) O objetivo da pesquisa é conhecer e descrever como o dependente químico vivencia a dependência com o álcool.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário conceder uma entrevista em que a pesquisadora fará nove perguntas que sobre sua experiência com o álcool, desde o primeiro contato até o tratamento. Essas perguntas serão áudio gravadas. A entrevista será realizada em sala reservada, confortável, com menor interferência de ruídos possível, no seu próprio local de tratamento e que seja mais conveniente para você.
- c) Para tanto você deverá comparecer a Clínica Dia - AD Bom Retiro, normalmente, para seu tratamento e em um horário mais conveniente para você, previamente agendado, será realizada a entrevista, o que levará aproximadamente 60 minutos.
- d) É possível que você experimente algum desconforto relacionado a timidez, constrangimento, tristeza ou angústia ao falar sobre sua história com a dependência do álcool. Caso ocorram tais desconfortos, citados acima, poderão ser reduzidos com um diálogo da pesquisadora com o participante; se mesmo assim o desconforto permanecer e o participante precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado durante a pesquisa, o pesquisador recorrerá a um profissional da equipe terapêutica da própria clínica para o participante.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser a timidez, o constrangimento, a tristeza ou a angústia ao falar sobre sua história com a dependência do álcool.
- f) Os benefícios que esta pesquisa poderá

proporcionar é conhecer melhor o comportamento do dependente químico proveniente da dependência do álcool, com o intuito de melhorar a assistência

Participante da Pesquisa e/ou Responsável legal: _____ Pesquisador responsável ou quem aplicou _____ o TCLE: _____ Orientador: _____

dessa pessoa, compreendendo que suas necessidades envolvem o cuidado integral e individualizado, tendo em vista o melhor convívio familiar e social. Além disso, poderá possibilitar a descoberta de novas abordagens, novas formas de cuidado e tratamento, tendo em vista a expressão das experiências vividas trazidas na história de vida dos dependentes, que revelarão o primeiro contato com o álcool, as

implicações desse uso, a relação familiar até seu tratamento e reinserção social. Para a sociedade a pesquisa poderá sugerir a modificação das suas atitudes diante dos dependentes químicos, de forma a não os julgar desnecessariamente, mas sim focando em estratégias para melhoria do atendimento dessas pessoas.

- g) As pesquisadoras Miriam Aparecida Nimitz, responsável por esta pesquisa, Professora do Curso de Enfermagem da UFPR (telefone: 41-3361-3765, e-mail: miriamnimitz@uol.com.br) poderá ser localizada das 8h às 12h, de segunda à sexta-feira pelo telefone disponível ou e-mail, ou ainda no endereço da UFPR, Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba – PR e a pesquisadora Rita de Cássia Nascimento Lages, aluna da Pós-Graduação em Enfermagem (telefone 41-3360-1800, e-mail: rit.dcassia@gmail.com) poderá ser localizada das 13h às 19h, de segunda à sexta-feira pelo telefone disponível ou e-mail, ou ainda no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, endereço: rua General Carneiro, nº 181, Setor de Transplante de Medula Óssea, 15º andar, Alto da Glória, Curitiba – PR, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e forneça-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de ter encerrado o estudo.
- h) A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como por professores e alunos do mestrado acadêmico em enfermagem da UFPR. No entanto, se qualquer informação deste estudo for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- j) O material obtido – áudio – será utilizado unicamente para esta pesquisa e será apagado de todos os meios eletrônicos onde foram armazenados de forma que impossibilite a recuperação do arquivo.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-

Participante da Pesquisa e/ou Responsável legal: _____ Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE: _____ Orientador: _____
--

7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

- n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de meu áudio em entrevista para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a esse estudo, incluindo sua transcrição (passagem do áudio para a escrita) e uso para publicações sem identificação. Esse material será apagado dos meios eletrônicos de forma definitiva tão logo a pesquisa seja concluída.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que afete meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do Participante da Pesquisa)

(Assinatura da Pesquisadora Responsável ou quem aplicou o TCLE)

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação:

Iniciais

Sexo

Idade

Estado civil

Escolaridade

Profissão

Tópico principal:

Conte-me sobre sua vivência com a dependência do álcool.

Tópicos Complementares:

Há quanto tempo está em tratamento?

Com qual idade teve o primeiro contato com o álcool?

Como foi essa primeira experiência?

Já experimentou outras drogas? Quais?

Alguém da família já fazia uso ou abuso do álcool?

Como (em que momento) você percebeu a dependência química?

Nesse momento você teve apoio da família?

Quais problemas ou dificuldades (com a lei, com os estudos, com os familiares, com amigos) você lembra ter passado devido ao uso do álcool?

APÊNDICE D – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Colaborador 01

Tom vital: *A demora para aceitação e a força de vontade para se tornar cada dia melhor.*

Relatando sobre a vivência com a dependência de álcool.

“Os resultados negativos que a dependência me trouxe são muitos, inclusive familiares. Comecei a beber com 15 anos em uma festa de aniversário na casa de um sargento da polícia, no ano de 1973, aproximadamente. Estava junto com meus irmãos e um cunhado do outro irmão, bebemos e dançamos, foi o primeiro porre. Desse tempo para frente íamos encontrar os colegas e continuamos a beber. A gente se encontrava a noite, ficava conversando, não tinha droga, era só bebida, ficava até tarde bebendo, depois ia para casa. Era assim quase todo dia. Todos os funcionários da prefeitura. Morávamos perto um do outro e jogávamos bola juntos. Fui para o quartel e lá eu bebia, mas ninguém via. O sargento, o tenente e o capitão sabiam. O canteiro da gente era cheio de pinga, pois enfrentávamos o frio, manobras de guerra em cima do gelo, então, a gente tomava para animar. O primeiro porre foi lá na festinha e depois fui continuando. Servi o quartel por uns dois anos, vivendo, bebendo e jogando. O serviço era um bico aqui, outro lá. A gente encontrava um parceiro e chamava para jogar uma partida de baralho, por exemplo. Depois que eu estava maior de idade, a bebida continuou. Fui trabalhar em alta tensão aqui. Comecei em Marechal Mallet [Cidade do Estado do Paraná], pois entrei na firma que meu pai era cozinheiro. Quando eu bebi a primeira vez não foi ninguém que ofereceu, a gente foi bebendo, eu via meu pai beber. Quando éramos pequenos, íamos em uma cidadezinha e na entrada da cidade meu pai tomava uma pinga e comprava doce para nós. Ele bebia de vez em quando, não era um bêbado. Ele era muito trabalhador, só o vi bêbado uma vez. Meus irmãos mais velhos também não bebiam, não que eu lembre. O mais velho morreu com 42 anos, de acidente de trabalho. A primeira vez que a gente ficou bêbado, foi muito alegre saímos festando. Nós éramos quatro e dançávamos às 6h da manhã na Praça Tiradentes. Pegamos o ônibus, chegamos na vila, compramos um pacote de leite para enganar a bebida, mas eu sabia que meu pai era bravo. Chegando em casa,

meu pai me chamou a atenção, mas minha mãe me defendeu. De vez em quando eu estava em uma festa. Depois, maior de idade, bebi várias vezes, mas não no quartel, em casa. No quartel nunca fiquei bêbado. As bebidas das festinhas eram todas, fazíamos misturadas de álcool, pinga com conhaque, caipirinha, caipira de limão, fazia-se muito isso na época. Tive alguns incidentes, gostava de uma menina de 14 anos e fui o primeiro namorado dela, eu tinha 18 ou 19 anos, era proibido. O exército cobrava isso da gente. Meus pais muito mais. Ela gostava de mim, mas eu namorava outra para disfarçar. Depois de um tempo, fui embora. Terminou o exército, mas eu vinha só por causa dela. Minha mãe morava aqui [Curitiba], só eu e meu pai andávamos no trecho, porque nós trabalhávamos nessas firmas que andam de cidade em cidade. Moramos em Curitiba desde 1970, fomos a Maringá, moramos um ano, voltamos para Curitiba. Em 1975 estava no quartel, na época da neve. Tinha essa menina e eu ia a festinhas que ela estivesse ou não. Final de semana eu enchia a cara. No outro dia, eu encontrava com ela, perto de casa, mas foi indo e eu fui embora, ela namorou outro e engravidou, fiquei tão bravo e fui embora de novo, dessa vez para São Paulo, fiquei até 1986. Eu ia para Mato Grosso, mas parei em São Paulo. Fiz um curso de vigilante, de segurança armado, comecei a trabalhar a noite e não queria voltar por causa dela, pois estava grávida. Eu bebia todos os dias. Em São Paulo eu morava em um apartamento com meu tio, ele cuidava do prédio, era zelador, só voltávamos para a casa dele, que era em uma vila, quando o filho chegava. Meu tio também bebia. Na hora do almoço íamos a um barzinho e tomávamos conhaque, qualquer bebida, pinga era mais fácil, cerveja mais difícil. Chegava do serviço, que era só à noite, dormia um pouquinho e no almoço, barzinho. Estava com meus 20 ou 23 anos. Depois comecei a tomar muita cerveja. Em 1986 morreu meu pai, um tipo de assassinato. A ocorrência foi como um acidente por afogamento, mas para nós, não. Nós bebemos muito. Eu bebia muito mais e já estava morando em Curitiba. Tinha voltado de São Paulo e já estava casado, com um filho de dois anos. Ela era paulista, conheci e casei lá. Ela ia para São Paulo, ficava um mês, eu não sabia o que ela estava fazendo por lá, ficava aqui, no Paraná. Voltei para cá, porque meu irmão me arranjou um emprego na firma dele, de eletricitista. Fui para Maringá, fiquei um ano lá com essa esposa e o nosso filho. Depois, voltei mais uma vez para Curitiba e entrei na prefeitura, em 1988 até hoje, 29 anos de trabalho, todo dia bebendo, inclusive, minha família terminou por causa disso. Eu bebia todo dia. Levava as coisas para casa, mas passava no bar

primeiro, de bicicleta, lá no Tatuquara [Bairro], na volta do trabalho e também na hora do almoço. A gente amanhecia e até no serviço bebia escondido. Não experimentei outras drogas, só bebida. Nem cigarro, nunca fumei. Quando eu era jovem, colocava as carteiras de cigarro no meu bolso, só para fazer charminho para as meninas. Naquele tempo era o continental, minister, mas não era por vício, dava para os outros, às vezes eu colocava na boca, mas não tragava, só charme. Era o charme da época. Nunca fumei nada de droga, aliás, sempre fui contra minha vida toda, até quando eu era mais jovem, eu não fumava, colocava o cigarro na boca, “Maria vai com as outras”. Acompanhava os outros, mas não fumava. Sempre fui contra drogas. Naquele tempo era só a maconha. Tinha outras drogas, mas pobre não tinha. Naquele tempo, iria preso se pegassem fumando maconha. Eu nunca tive essa vontade, nunca quis. Conhecía porque fui militar, sabia, mas sempre fui contra. De tanto beber, em 2002 minha esposa foi embora. Deixou a chave lá, levou meus filhos. Fiquei sozinho. Cheguei em casa e não tinha ninguém, à noite. Meu mundo acabou mais um pouco. Bebia e bebia. Minha esposa agora não gostava que eu bebesse, mas eu bebia. Ela não foi embora só por causa da bebida, tinham outros problemas. Ela, inclusive, ficou com um cara que eu dei comida. Já estava acontecendo isso e ela estava com medo de eu matá-la, pois me conheceu armado, violento. Para eu atirar era dois minutos, não teria pena. Eu era meio militarismo, errava, mas queria que os outros fizessem certo. Era um bêbado que cumpria com os deveres de casa e não admitia que me traíssem. Isso era o que eu mais tinha medo de mim, de acontecer e aconteceu. Nunca peguei no flagrante. Ela fugiu, pensou: eu acho que ele vai me matar e saiu. Eu fiquei sozinho, aguentei aquela noite, fui para a delegacia fazer meu termo, porque eu já tinha ido preso uma noite por ter bebido demais, e durante uma discussão ter dado um empurrão nela. Meu filho entrou no meio, o mais velho, estava com 17 anos. Fui preso na delegacia pertinho de casa. Passei a noite toda, depois me soltaram. Foi assim o processo. Aqui no Alto da XV [Bairro] tem um tribunal, ficamos perante a juíza, ela viu que estava tudo bem, porque naquele momento estava mesmo. Não nos divorciamos. Não teve o divórcio, Graças a Deus, mas arrependi porque era a chance que eu tinha para me divorciar dela, porque eu não gostava dela, mas pensava nos filhos, então eu bebia muito. Com todos os acontecimentos, eu bebia direto para apagar. Sentia-me zero, acabado. Quando estava bebendo, me sentia um homem sempre triste, sozinho, perdido. Não queria ir para casa assim. Eu saía do serviço e para o

bar. Os problemas estavam na minha cabeça direto. O problema passou a ser a esposa, não queria mais voltar para casa. Eu queria ficar no mundo, se eu pudesse, mas eu pensava nos filhos: eu tenho que ir lá e amanhã tenho que ir trabalhar. Eu enfrentava todos esses problemas, isso foi o maior calço da vida, bem dizer. Precisando de ajuda eu sempre tive. A secretária do meio ambiente sempre quis ajudar a gente, eu que nunca aceitei, era muito teimoso. Estive com o psicólogo do meio ambiente e com o assistente social. Nós tínhamos uma ficha de pessoas alcoólicas. Percebi que estava precisando de ajuda de verdade, agora, com essa outra esposa. Sabia que estava me prejudicando, tinham vezes que eu falava assim: vou morrer, pensava comigo. Não comia, estava com 57 quilos, só bebia. O fígado já estava sentindo, o médico passava algum remédio e eu jogava fora o resto e bebia novamente. Eu saía sempre do médico e bebia antes de chegar em casa. Não aceitava que era um bêbado porque trabalhava, pegava ônibus e voltava, cumpria minhas obrigações dentro do possível. Eu não admitia que fosse alcoólatra. Alcoólatra eram os outros, eu não! Bebo por esporte, socialmente, era assim que falava. Nas últimas vezes que estive internado, pedi ajuda. Foi quando aconteceu agora que eu pedi o internamento, ano passado. Sou testemunha de Jeová, quando cheguei da pregação, fui ajudar minha esposa a fazer a saladinha e estava sozinho. No dia anterior, eu fui ao bar e não falei, mas a sobrinha dela viu e contou tudo, e não era a primeira vez, já tinha falado para a vizinha que tinha me visto bebendo. Estavam cuidando da minha vida. Nesse dia, estava com roupa social, fui lá dentro, peguei a chave do carro e me mandei, sem dar nem tchau, saí cantando pneu. Fui embora lá para o Tatuquara, na casa que eu morava, não pensei em nada mais, fui embora nervoso. Encontrei um pessoal sentado na frente de casa, conversei com eles, vi que o resultado não era bom. Fui dar uma volta na vila onde eu andava, cheguei ao bar onde tomava umas e jogava baralho, conversei com o dono, pedi minha vodka, mas fiquei com medo de ficar bêbado e pegar no carro. Peguei a estrada e vim embora de volta. Fiquei em casa, depois passei na casa de uma amiga que é viúva. Na família dela estão todas moças, eu vivia com eles, aos finais de semana eu trabalhava com o marido dela. Comecei a conversar e ela me ofereceu um quarto para ficar. Aí pronto, acabou comigo. Voltei para casa. Encostei o carro, entrei, guardei os documentos e a chave, minha esposa os escondeu, pois viu que eu não estava legal. Peguei umas bermudas, uma pasta e a bíblia, botei em uma sacola e não consegui ir embora, porque ela não quis me dar a chave. Peguei

um martelo, quebrei a maçaneta do carro, mas não abriu. Minha enteada chegou e estacionou o carro dela atrás do meu, e era só uma saída, depois veio meu enteado, dizendo para eu dar uma volta na quadra, então, fui e esfriei a cabeça. Tomei minha vodka e já tinha um cara bravo, invocando, aí falei: vai dar briga, não pode. Sentei na porta do mercado e fiquei pensando nas consequências que iria enfrentar dali para frente: se eu iria ficar bêbado, perder o emprego, o que iria acontecer comigo. Comecei a pensar na minha esposa, no filho adotivo, o que seria dele, pois, os documentos ainda estavam em processo. Falei: meu Deus, o que eu faço? De repente encosta um carro em minha frente, era um colega que trabalhava comigo, evangélico. Desceu uma irmã da igreja. Conheci o carro e saí dali, entrei na minha rua e fiquei no bar que tem lá. Sentei no banco, pedi minha vodka para mulher que estava no balcão e fiquei conversando com ela, desabafando. De repente meu enteado encosta o carro e me chama para casa. Fui. Minha cabeça estava a mil. Deitei no sofá e dormi de roupa, sapato e tudo. Minha esposa tirou meu sapato, jogou uma coberta em cima de mim. No outro dia, seis horas ela veio conversar comigo, sabia que eu iria trabalhar. Expliquei que não poderia passar em frente a um bar sem consumir álcool. Pedi para ela procurar uma clínica psiquiátrica e um tratamento para mim. Pedi para ela ligar. Fui para o serviço e falei para o meu chefe que não estava bem, que estava uma bomba explosiva e que algo de errado estava acontecendo comigo. Ele disse para eu ir me tratar. Foi a gota d'água. Eu estava em casa fazendo o almoço, ela me chamou a atenção de novo por causa da bebida. Não briguei na hora, fui embora. Bebi depois à tarde, mas não fiquei bêbado. Parece que a pressão estava muito alta, foi assim que eu pedi o tratamento. Ela ligou para cá [clínica dia] e marcou a consulta. Fui indicado para clínica dia ano passado. Foi a maneira que encontrei para nos tranquilizarmos, resolver o problema ou pelo menos amenizar a situação. Em 2017 comecei o tratamento, me deram remédio, vim 45 dias, todos os dias. Depois voltei a trabalhar, mas tinha pedido aposentadoria, pois tinha vencido. Mesmo assim, voltei a trabalhar por um mês e meio para me aposentar por tempo de serviço, 40 anos de trabalho. Aposentei-me e continuei fazendo o tratamento, agora, dois dias na semana, pois tenho pregação e faço trabalhos na igreja nos outros três. Foi através desse tratamento que hoje estou com quase um ano sem por nada de álcool na boca. A última vez foi nesse dia, um domingo, dia 12 ou 13 de fevereiro, antes de eu vim para cá. Mais de um ano com abstinência, nada de álcool, nem vinho. Acredito que dessa vez eu não beberei mais

nada de álcool, a minha intenção é essa. Não tive recaída, nunca bebi mais nada, não por falta de oportunidade. Fui a uma festa de formatura em Santa Felicidade [bairro], correndo copos de vinho, vodka, caipira, e eu tomando suco. Festamos até duas e meia da manhã, dançamos, inclusive, e fui para casa. Antes, teve um churrasco com meus irmãos, tinha cerveja também, mas não bebi nada, só suco e refrigerante. Fui a uma festa de 38 anos de casado do meu cunhado, tiveram barris de chope e eu tomei suco. Não bebi mais nada desde esse dia até hoje. O apoio que tive para o tratamento foi geral. Se eu disser que não foi, eu estaria mentindo. Apoio dos colegas, da família, minha esposa acompanhando mesmo sem acreditar, porque não dá para acreditar mesmo em uma pessoa que bebeu tantos anos. Ela ainda tem medo, mas eu acredito em Deus. Sou uma pessoa cristã e vou seguindo a bíblia, com Deus. A bíblia não proíbe beber, mas proíbe se embriagar. Como eu não tenho condições de beber pouco, é melhor não tomar nada. Falo que não precisam acreditar em mim, sei o que quero: o melhor para minha família, não quero que meu filho cresça como os outros cresceram, pensando: meu pai é um bêbado. Eles moram em São Paulo, um tem 34 anos e o outro 28. Eu tenho contato com eles, mas estamos sem nos falar há dois meses, porque estou sem celular, não porque não posso comprar, mas quero que minha esposa acompanhe. Ele está sempre entrando em contato com ela. No carnaval, ele passou uma mensagem para ela, nós estávamos na praia. Ele queria vir, mas estava sem dinheiro, fiquei até triste porque eu também não tinha para comprar as passagens para ele. Mesmo com essa tristeza, não senti vontade de beber, porque eu estou acostumado no ritmo de passar tristeza, dificuldade e pressão. Eu estou ciente do que quero. Se eu quiser pedir um copo de vodka é fácil, dinheiro eu tenho no bolso e mexo com a parte financeira, mas a minha vontade eu estou cumprindo, não quero mais. Não digo que eu não vou beber, mas a minha luta é para não beber nunca mais. A gente é imperfeita, temos nossos defeitos. Minha esposa sabia que eu tinha problemas com bebida por causa da minha mãe que morava em frente a casa dela. Minha esposa era evangélica da Cristãos do Brasil [Igreja]. Eu era católico, mas frequentava mais boteco que a igreja, não adiantava nada. Saí pior do que estava. Da missa ia para o boteco. Ela me conheceu e não sei como gostou de mim. Antes, ela teve um relacionamento muito ruim por dez anos, com um senhor que a maltratava. Ela tinha um salão de beleza e eu fui cortar meu cabelo com ela. Minha mãe nos apresentou. Ela sozinha ali, eu com aquele problema, tinha acabado de ser largado pela família.

Minha casa era um lixo, com baratas, energia cortada. Se eu te contar, você chora. Ela quis ir à minha casa mesmo assim, disse que não tinha importância. Fomos depois de um show do Roberto Carlos. Estava totalmente destruído, não tinha luz e ela foi me dando força. Brigou comigo várias vezes, me expulsou, mas ficamos 14 ou 15 anos morando juntos. Apareceu uma testemunha de Jeová na nossa casa e ofereceu um estudo bíblico para ela, então começou a estudar e gostou. Decidiu estudar a bíblia. Quando eu cheguei em casa e vi aquilo, briguei, pois como cristão, não gostava de testemunhas de Jeová. Ciumento, mas ela continuou e eu me juntei a ela. Se for bom para ela, seria para mim também. Graças a Deus e o nosso Jeová estamos aí. Tudo mudou, mas assim mesmo, continuava bebendo. Não era todo dia, mas por causa do cheiro, ela brigava. Depois que eu fiquei bêbado na praia, na frente da família, começamos a frequentar a igreja. Há 13 ou 14 anos. A gente morava junto, mas não podia batizar, porque meu divórcio não é de acordo. Levou seis anos, o processo. Em 2003 começamos a frequentar a igreja e até hoje estou estudando a bíblia. Fazemos estudos bíblicos, ensinamos as pessoas. Quando não sabemos alguma resposta, pesquisamos corretamente o significado. Pedimos ajuda aos mais velhos. Isso ocupou minha cabeça, me batizei o ano passado. A dedicação ficou mais suave, uma pessoa mais compreensiva, menos alterada, pois eu sou muito nervoso, ainda. O ruim é que muitas coisas viram culpa da bebida, até mesmo se você esquece alguma coisa. Isso que ofende a gente. Certa vez estava fazendo um serviço elétrico, me desconcentrei e queimei o sensor, então, isso também foi a bebida, até hoje a culpa de tudo é da bebida. Há um ano que estou aqui e isso vai ser jogado na cara da gente muitas vezes, que a bebida deixou a gente assim, com sequela, mas na realidade, o que eu sinto não é isso. Eu sei o que sinto e isso que importa hoje. Não vou descontar na bebida, porque não vai resolver, eu não quero problema. Meu pensamento é nunca mais beber. Pode até acontecer, mas estou tratando há um ano e pouco para não fazer a mesma coisa. Eu posso mudar de vida, é o que quero. Quero viver melhor com minha esposa. Estamos ficando velhos, meu filho está crescendo, tem dez anos. Isso é o que me motiva a segurar qualquer coisa, mesmo que eu fique chateado e que me chamem a atenção. Já fui preso por conta de problemas familiares quando briguei e estava bêbado. Discuti com o policial. Eu sempre fui honesto. Eu nunca peguei nada de ninguém, pelo contrário, pegaram de mim. Sempre gostei das coisas verdadeiras. Se eu errei, foi contra mim mesmo, errei por ter traído minha ex esposa, porque tinha algo que me atrapalhava

dentro de casa. Eu desconfiava dela, quando ela falava coisas do tipo: vai procurar outra. Isso me chateava muito. Sobre os estudos, estudei até 2011. Reprovei em matemática, por causa de meio ponto e não completei o segundo grau. Fiz inglês. Minha cabeça era cheia de problemas familiares, a mulher queria levar meus filhos para São Paulo e foi juntando tudo, as cobranças, o trabalho. Com os amigos não tive dificuldade, apenas uma briga de boteco por banalidade, há sete ou oito anos. Ele me deu um soco por conta de uma batata chips que ele derrubou e eu pedi para comprar outro. Depois disso, nunca mais fomos amigos, nem conversamos. Não ficamos inimigos, jogamos bola um contra o outro. Certa época trabalhamos juntos na mesma secretaria e até no mesmo caminhão, mas nunca mais nos falamos. Hoje, penso nisso, mas acho que não adianta mais. Eu fui preso, também, em Guarapuava (PR) porque estava armado. Vivía na cidade como um peão em 1978. Todo mundo andava armado, comprei um revólver calibre 22 e vinha para Curitiba com o revólver na cinta. Fui parado em uma blitz e o policial me prendeu. Não foi feito ficha, nem meu nome ele pegou. Não deu em nada. Problema comigo foi o processo do dia da briga em casa. Quando eu vi, já estava com as mãos para trás, algemado na delegacia, pertinho de casa. Vi minha esposa e meu filho, então, tomei um choque e a bebida sumiu. Fiquei totalmente são, mas me prenderam lá naquela noite. Eu olhei assim e pensei: poxa! Quem sou eu? Senti-me um palhaço. As coisas foram piorando cada vez mais. Faltou eu planejar mais. Se tivesse planejado de ela ir embora, teria ido e não teria dado essa confusão de processo para divórcio nesses seis anos. Sobre o caso da prisão, eles colocaram como agressão e embriaguez no lar. Naquele tempo não tinha a Maria da Penha [Lei]. Ficou como uma pessoa que bebe e fica descontrolada. Não machuquei ninguém, mas ofendi os policiais. Eu bebo há, pelo menos, 40 anos. Iniciei com 15, mas conto dos 20 anos em diante, pois antes era moleque. Percebi que precisava de ajuda com 60 anos. Precisava antes, mas não admitia. Toda vez que sentia dor no fígado, que ia vomitar, sabia que estava me prejudicando. Fui querer ajuda mesmo agora. Eu bebia, mas depois estava com a turma jogando bola, correndo, andando de bicicleta, então, não sentia nada. Fui ao hospital quando eu tive dor no estômago, fazia exames, mas não dava nada. Até hoje, nunca foi acusado nenhuma doença por causa da bebida, nem na mente. Eu me revoltava, porque não admitia que passassem por cima de mim, ficava bravo, mas não era por causa da bebida, era por causa dos acontecimentos. Fiquei esses 40 anos bebendo. Agora que admiti que fui prejudicado e que

prejudiquei minha família. Acomodei uma família em uma casa que era minha, isso já tem quase 15 anos, estão morando nela de graça. Perdi a casa, a mulher e os filhos. Arrumei outra família. Aos trinta e poucos anos eu sabia que precisava de ajuda. As médicas e o psicólogo da prefeitura quiseram me ajudar, mas eu não aceitava o tratamento. Naquele tempo, só tinha o Hospital Pinel e o Esperança que eram psiquiátricos. Agora tem mais, aqui, as freiras na rua Marechal, as unidades evangélicas, fora o AA [Alcoólicos Anônimos] que sempre teve. Eu falava que não adiantava um bêbado ensinar outro. Minha esposa tem vontade de vir aqui, mas não sobra tempo. Quando estou aqui, ela está cuidando das crianças para a escola. Quando saio daqui vou direto para casa, espero minha esposa ou pego as crianças. Tem três na escola, dois netos e meu filho. Vou trazê-la quando encerrar meu tratamento, para que ela confirme minha opinião, já que acompanha meus passos desde antes de ser internado. Ela está mais confiante que estou no caminho certo e eu acho que está na hora de terminar meu tratamento. Não adianta ficar um ano tomando remédio, que também pode me prejudicar, me sinto bem assim. Se eu recair, já sei o caminho, mas não pretendo. A bebedeira é só prejuízo. Para apagar tenho que me manter calmo e vigilante. Cuidar-me. É permanecer em abstinência, sério. É seguir meu destino, meu ritmo, ser religioso me ajuda muito, na verdade. Tenho ocupação dentro da congregação, ajudo no trabalho. Vamos ter uma assembleia de três dias em Quatro Barras [região metropolitana de Curitiba] e eu estarei lá, ajudando, cuidando do estacionamento, das pessoas. Quero manter minha religião e me manter equilibrado. Crer em Deus, que é só um Deus que fala. Ele pode nos ajudar também, na dedicação, na oração, na medicação. Não só procurar diversões. ”

Colaborador 02

Tom vital: *Uma vida de intensidade.*

Relatando sobre a vivência com a dependência de álcool.

“Está tudo bem hoje. Ontem minha pressão foi a 190/120. Eu tenho problema de pressão e minha mãe, também. Fui recomendado para tomar remédio e eu achei que ainda estava novo. Sempre fui participativo, joguei tênis de mesa, futebol. Em tênis de mesa fui profissional. Ainda, criança, usava muita droga, bebia todos os

dias, às vezes, não dormia a noite e no dia seguinte jogava futebol com a rapaziada. Tinha aquela energia, força total da juventude. Tenho 58 anos, três filhos. Eles passaram por momentos horríveis. Minha dependência é antiga. Casei em 1982 e comecei usando droga – o álcool – com 13 anos de idade, fumando maconha com a rapaziada. Com 20 anos desencadeou a cocaína, juntamente, com o álcool, pois um levantava e o outro abaixava, sempre foi harmonioso. O harmonioso é irreal, e eu fui uma pessoa que, como diz o psicólogo: minha vida é assim, um perigo, porque quando eu faço alguma coisa, gosto de ir para o extremo. Hoje, quando jogo tênis de mesa, quero ser o melhor, ser o terceiro colocado, pelo menos. Depois de uma lacuna de 15 anos, cheguei a ser, por mais de um ano, o terceiro do Paraná de volta no tênis de mesa. Estou com rompimento de ligamento no ombro por treinamento contínuo, mas aquilo me fazia bem, porque era um pedaço da sociedade que me ajudava. Eu era controlado, mas quando saí, voltei a recair, mas no começo sempre usei extremos. Teve uma época que comprava um litro de manhã e ao meio-dia tinha que sair para comprar o segundo litro, porque o primeiro já havia acabado. Fiquei viúvo depois de 30 anos, meus filhos não queriam mais conviver comigo, porque eu fui uma pessoa na juventude que chegava a se trancar na garagem, no banheiro, por dois ou três dias, às vezes pegava o carro, voltava depois de cinco dias. Tenho vergonha e meus filhos têm medo disso. Tenho uma casa no Jardim Social [bairro] e hoje eu moro numa casinha de fundo em Santa Felicidade [bairro]. Sou viúvo eu fui casado por 30 anos, quando pensei em voltar para casa meus filhos disseram que não me queriam lá, porque tinham medo de mim. Chega uma hora que a gente perde toda a credibilidade, tudo que você teve e que conquistou. Tenho dois que se formaram na PUC [Pontifícia Universidade Católica do Paraná], um engenheiro de computação e o outro veterinário e tudo particular, mas nada disso vale. Eles têm aqueles traumas. Eu ia para a praia, me trancava dentro de casa e tomava, usava drogas. Convidava a família para a praia, para o carnaval, clube, mas eu não conseguia cumprir meus compromissos. Dava um blackout, uma sensação desarmoniosa para qualquer pessoa que convivesse com você. Casei cedo, com 22 anos, fui casado por 30 anos. Minha esposa morreu e meus filhos não me quiseram mais, tive que voltar para minha casa depois de 30 anos. Fui para onde estava minha mãe. Ela disse que não me conhecia mais, pois passei mais tempo com minha esposa. A gente não percebe. Hoje, estou percebendo, porque tenho uma mulher alcoólatra. É horrível, tem dias que eu chego em casa e não quero sentir o

cheiro do álcool, tem dias que não dá para chegar perto, beijar. Não dá para ficar mais de dois segundos, porque se eu beijar mais de dois segundos terei uma recaída. Tem horas que ela dorme ao meu lado e quando se está em pleno uso a gente acha que ninguém percebe, mas o odor é fétido. Exala o álcool, é terrível. O álcool é pior que a droga, tanto é que o álcool da delirium tremens, chega uma hora que você precisa tomar. A cocaína não é tão agravante, porque você parou, vai lá e compra, mas o alcoolismo te puxa, como se você precisasse de uma dose para continuar vivendo. O álcool é pior. Eu usei concomitante, mas tive alguns problemas sérios que cheguei a ficar preso por isso, pois fazia uso do álcool e da cocaína. Um dia fui para um boteco e estava com dinheiro, marquei com um cidadão para trazer drogas e fui tomar uma depois. Eu cheguei em casa bêbado e um filho meu veio para cima de mim, me bateu na cara e eu fui para o quarto, peguei uma arma e apontei para ele. Quando uma pessoa vai fazer isso, em sua consciência pegar uma arma para um filho? Ele estava fazendo faculdade, fazendo o papel dele, tinha comprado um carrinho. Deixei a arma no porta-malas e virou uma confusão, levei uma pancada na cabeça e só lembro que acordei no Cajuru [fazendo referência a delegacia] com dois policiais na porta. Eu estava preso. Estive dois anos na cadeia. Foi a primeira vez que eu percebi complicar, pois a arma não estava em meu nome, era do meu pai, pois na casa dele haviam objetos antigos de balística. Enquadraram-me como porte de arma, tentativa de homicídio, pois eu tinha uma arma e apontei para ele. Isso me rendeu dois anos. Ganhei habeas corpus depois de um ano, no dia 22 de dezembro, e voltei pior do que eu estava. Eles acharam que aquilo seria um internamento. Eu já passei por, aproximadamente, dez internamentos. O primeiro que foi o maior (4 anos) fiquei bem, cheguei a fazer bacharel em teologia, comecei a lecionar em casa de pensão, inclusive dar estudos de ensinamento bíblico, mas comecei a misturar e me desliguei daquilo, voltei para o que eu era. Voltei para o meu ego, para minha droga. Há três anos, internei-me aqui no Bom Retiro, fiquei 30 dias depois de quase um ano de novo em abstinência e agora, eu novamente em junho do ano passado [2017] e estou até agora lutando para uma sobriedade. Estou com problemas com a minha esposa. Coloquei-a internada no CAPS, porque eu não tenho convênio para ela, eu tenho convênio da Unimed. Agora, no mês passado [fevereiro], ela teve um quadro de recaída. Ela bebia até cair, daí percebi que tinha litro de bebida guardado, pois sei como é. A gente esconde e começa a ver o quadro da gente quando a garrafa já não fica mais

na prateleira, ela fica por trás do armário. Você começa a ver que tem problema de alcoolismo. O alcoolismo é uma droga também. Você começa a reconhecer que tem dependência, começa a esconder aquela garrafa. Na casa do meu pai era tudo exposto, aquilo ficava por meses lá. As nossas não conseguiam ficar mais de 12 dias, porque a gente detona. Você começa a se reconhecer. Eu comprava a garrafa e deixava no armário do meu quarto. Hoje, percebo que se eu entrar lá, abrir a geladeira e tiver um copo com álcool, aquilo contamina todo o ambiente. Outro dia peguei o travesseiro dela e deitei, senti o odor forte do álcool, pois ela tinha dormido com ele. Álcool, então, é um vício. Não é legal para quem tem e a gente contamina as pessoas que estão ao nosso redor, pois as deixamos doentes. O que eu fiz, pegar uma arma a ponto de apontar para o meu filho, mesmo que eu não tenha atirado, mas um cara em sã consciência não faz isso. Para quê? Bastaria só ter perguntado o que estava acontecendo já que me deu um tapa e eu sou o pai. A gente vai para o extremo, o mundo vira de cabeça para baixo, é uma inversão de valores total. Lembro que morava com meus pais no Jardim Social [Bairro], minha mãe é de Santa Catarina, meu pai de Itajaí e eu de Curitiba. Aos 12 para 13 anos de idade comecei a fumar maconha e em uma festinha de garagem tomei meu primeiro porre e fiquei muito mal, tentei escalar o portão de casa, que era de ferro, muito alto e descii de cabeça para baixo, eu mergulhei para o outro lado. Eu lembro que a casa girou. É como andar de barco ou navio, você fica mareado. Você deita na cama uma vez e as paredes do quarto se mexem, Graças a Deus eu já tinha experiência de bêbado e coloquei o pé no chão, assim você acha seu roteador e melhora um pouco, mas o estômago fica ruim. Primeiro, comecei com maconha, fui para o álcool e me agradei. Quando casei com 22 anos, levei para dentro de casa. Convidava os amigos, e comecei assim, guardando a bebida dentro do armário, mas não durou muito. Passou a nem ter mais no armário, o que comprava já acabava no final do dia. Você não consegue ter bebida. A idade que comecei foi entre 13 e 15 anos, mas não era corriqueiro. Acredito que como ganhei uma casa com o casamento, com 20 ou 22 anos, acabei ganhando liberdade para poder comprar uísque e tudo, mas não deu um ano para ter bebida em uma estante como pessoas normais. Agora, estou desligado da família, ninguém mais vai me confiar a palavra. Quer dizer, um cara desprezível, socialmente. Eu sou um cara desprezível socialmente, mas eu lembro que ia à casa dos meus cunhados no final do ano, por exemplo, e admirava ver alguém abrir um uísque e beber, socialmente. Eu nem aceitava, pois iria querer

acabar com todas as bebidas, na minha casa eu não consigo. É uma parte complicada da vida da gente, que por muito tempo a gente fica se enganando, achando que pode com isso, mas não é bem assim. Quem tem algum problema, não pode conviver com isso. Antes disso, eu tive um amigo que não tinha um quadro tão agravado de bebida, mas eu o chamava de bêbado só porque abria uma garrafa e, hoje, sou assim. Qualquer descuido posso perder meu norte. Quando estou bebendo não sinto fome, não quero comer nada, sinto problemas no esôfago. Tinha dias que eu passava mal. Ontem, com o quadro que apresentei, não cheguei a ir ao hospital, mas acho que foi crise de abstinência, pois enquanto a funcionária daqui [Clínica dia] falava comigo, parecia que faltava uma dose. Senti uma tremedeira, problema de pressão alta, mas eu estava igual, suave e faltava a respiração. [Mostrando algumas cicatrizes no braço continuou a conversa] Essas cicatrizes que eu tenho eram as agulhadas no tempo do vício de cocaína, minhas camisas eram todas de manga comprida para ninguém perceber. Nessa época, eu “rebatia” com o álcool e vi que ele [álcool] me ‘pegou pelo pé’ Comecei vindo de uma das drogas e quando eu vi, estava no alcoolismo. Chega uma hora que a droga fica muito cara e o álcool é mais barato e socialmente aceito. Se você diz que cheirou cocaína, olham estranho para você, mas se disser que bebeu é tranquilo. Ultimamente só estou com o álcool. Antes de 20 anos eu fiz meu primeiro tratamento de drogas. Tenho trinta e poucos anos em alternância de tratamento, de três em três anos, aproximadamente. Tenho quase 40 anos de tratamento. Eu tive um tio que era alcoólatra, não usuário de drogas, mas eu não tinha laços, porque ele vivia em outra cidade, foi o primeiro a falecer, com 60 anos. Era muito brincalhão e eu o achava uma pessoa bacana. Já meu pai bebia todo dia, mas não era considerado alcoólatra. Fazem mais de 20 anos que ele morreu. Minha mãe fez essa semana 90 anos, ela mora em Foz do Iguaçu [Paraná]. Não sou mais criança, já passei por muita coisa, fui maqueiro, eu só nunca fumei crack porque nunca gostei de fumar e não quero nem experimentar. Decidi fazer o tratamento, porque eu perdi tudo, estava brigando com minha esposa. Só com ela fui para a cadeia três vezes, uma vez por autenticidade, abusei do meu tamanho, mas as outras duas, foi por covardia dela, dizendo que eu tinha a empurrado, e isso a Maria da Penha [Lei] não quer saber. Eu paguei por isso. Ultimamente, está sendo uma benção, final de semana ela deu uma recaída, cheguei a ligar para minha mãe em Foz do Iguaçu e falei que queria ir para um hotel, não queria encontrar minha esposa, não quero sentir o cheiro do álcool quando ela

chegar. A gente está começando a ter um bom convívio, mas ela ainda está com quadro que melhora e piora, ficou dez dias internada. Estávamos tomando três litros e meio juntos, às vezes, até quatro, facilmente. Nos conhecemos em um boteco, porque eu morava perto do Atlético Paranaense [Clube], em frente ao crossroads [famoso bar da região], em um prédio, no segundo andar, e ela morava na quadra de baixo, na Getúlio Vargas [avenida]. Eu vinha de uma separação, não dormia, tinha problemas sérios de sono com a minha loucura. Esse apartamento que eu morava é da minha mãe e ainda está lá, ela fica 20 dias em Foz e dez dias aqui. Os outros dias eu ficava sozinho e isso acabava por fazer eu voltar para a minha esposa. A última vez que ela me colocou preso foi em julho [2017]. Sob efeito de bebida, argumento, gesticulo e brigo, não sei se tenho problema de dicção, mas nem eu me compreendo. É minha maneira de falar para a pessoa entender de uma vez. Sobre o apoio da família, eu tive e estou tendo, são fundamentais. Estão me apoiando, porque sou autônomo, não trabalhava com a família e não tenho aposentadoria, nem pensão do INSS [Instituto Nacional do Seguro Social], por exemplo. Colocaram-me em uma casinha de fundo bem de frente a uma chácara com árvores, era tudo que eu precisava, porque ali tem animais para ver. Outro dia, acordei às 5h30min, pois eu levo minha esposa ao CAPS e chego aqui às 8h. Acordei e falei: olha que benção onde nós estamos, dormimos com a janela totalmente aberta em Curitiba. Hoje é uma benção ter um lugar assim: sem preocupação. Está me fazendo bem. A família está colaborando, pagando o aluguel, quando preciso, me atende prontamente. ”

Colaborador 03

Tom vital: *A influência no desenvolvimento da dependência.*

Relatando sobre a vivência com a dependência de álcool.

“Minha vivência com álcool começou de 13 para 14 anos com cerveja, que aprendi a beber sozinho. A condição que eu tive para o início também, pois meu pai e meu irmão eram alcoólicos. Durante o período de pré-adolescência não dei continuidade. Depois dos 15, 16 anos, comecei novamente com bebidas destiladas e cerveja, após um breve período, comecei a aumentar a vivência em bares, jogando sinuca, papo furado e, principalmente, bebendo. Nas noites que saía com

alguns colegas, a gente levava aqueles famosos sucos da juventude para beber, tubão, coca-cola misturada com vinho e, às vezes, a cachaça misturada com outras coisas, então, a vivência com álcool é desde novo. Quando entrei na vida acadêmica, bebia nos passeios, nas churrascadas, sempre assíduo com a bebida. Depois, na época de namoro, sempre com a bebida presente. As namoradas não gostavam que bebesse, mas eu bebia escondido. Isso sempre continuou, e a família também, pedindo para que não bebesse, porque já tinham familiares com essa dependência. Eu não experimentei outras drogas, graças a Deus. Só agora, depois de velho, que eu fiz o internamento, fiquei com uma pequena fixação por cocaína, mas não cheguei a experimentar. Comprei, mas não usei, comentei no grupo sobre isso. Cheguei a sonhar que usei, mas nunca experimentei. Comecei a fumar agora, depois de velho, mas faz uns dez dias que eu tenho a carteiras de cigarro e não fumo. O tratamento foi de 32 dias de internamento, sendo 15 dias pra desintoxicar, mas eu sentia vontade de sair urgente, porque estava começando a ficar irritado. O único internamento que eu tive foi há dois anos. Tem um ano e pouco que eu estou aqui. O primeiro contato foi com a cerveja, uma só, mas foi dor de cabeça e mal-estar que depois passou. Eu percebi que estava precisando de tratamento, porque eu estava passando dos limites, bebendo todos os dias, no horário de trabalho e isso ocasionava pressão familiar, no caso, da minha esposa. Ela ficava muito chateada, muito triste. Eu fiz cirurgia bariátrica e isso aumentou e muito a vontade de beber, pois dizem que tem essa incidência para quem faz a cirurgia bariátrica, de substituir alguma coisa pela outra. Acho que a pressão dentro do ramo imobiliário me fez continuar. Antes do ramo imobiliário, eu trabalhava na área de saúde, e em vez de eu trabalhar direitinho, de ser um funcionário normal, bebia também. Bebia na hora do expediente e isso para um profissional era errado, bebia escondido. A família pressionou para que eu fizesse tratamento, mas quem tomou a decisão final fui eu. Fiz os 32 dias [de tratamento], participava dos encontros, com disciplina, obedecendo. Foi um período que me ajudou muito, agregou para a minha melhora, mas claro que ainda tenho que caminhar bastante, pois tenho muita vontade de beber e acho que, possivelmente, eu acabe bebendo. A 'gota d'água' para ir atrás de ajuda foi que certo dia eu agredi meu pai. Vi que estava passando da normalidade e, também, alguns episódios de brigas com familiares. Vi que deveria tomar um rumo e foi o que eu fiz. Nesse dia, eu agredi meu pai, quase apanhei de dependentes químicos, os moradores de rua, viciados. Eles quase me agrediram por isso. Foi um

episódio muito triste, que me deixou com muita vergonha, pois aonde eu trabalho e deixo meu carro todo mundo me conhece; foi uma situação catastrófica. Muitos lá dentro do tratamento não diziam que eu era um alcoólico, mas a partir do momento que eu bebia em quantidades mínimas ou maiores, era um adepto. Graças a Deus eu tive a sorte de nunca ter passado por problemas com a justiça. Hoje a periculosidade no trânsito está muito grande, eu bebia, mas nunca fui parado em blitz por sorte. Agora estou andando conforme rege a lei. Nunca andei armado. Acho que uma experiência negativa que aumentou minha dependência com bebidas alcoólicas foi o falecimento de minha mãe, de câncer, há 14 anos e do meu irmão mais velho, de falência múltipla dos órgãos, há nove anos, que era dependente químico e de álcool, então, isso me abateu muito. Foi um período que eu procurava sair do hospital para ir beber, aumentou meu uso. Minha mãe era usuária de cigarro/tabaco, mas na juventude teve estabelecimento de venda de bebidas, mas era uma senhora que não bebia. Ela tinha consciência, pois teve problemas com ex-marido por dependência de álcool, meu pai. Eu tinha um irmão, falecido e tenho uma irmã viva que não suporta bebida alcoólica, tem horror. Esses acontecimentos agravaram bastante a dependência e, também, a pressão de trabalhar na área de imóveis, pois eu acabei pegando o vício de happy hour em vez de ir para a família. Fui casado uma vez há 12 anos. Tenho dois filhos, um menino de 21 anos e uma menina de 9 anos. Minha esposa também não gosta, porque ela tem uma mãe alcoólatra e mais o marido. Isso a deixa, totalmente, desprotegida e fragilizada diante desse problema. Eu estou conseguindo me abster da bebida. Tenho, às vezes, recaída de ir ao estabelecimento, no bar, mas não bebo, eu só tomo uma água tônica, tomo alguma coisa, mas ainda é um vício de recaída. Isso é basicamente o principal do começo e de agora, da minha recuperação. Um ano e um mês de tratamento, ok!?”

Colaborador 04

Tom vital: *Entre o conforto e a inconsequência.*

Relatando sobre a vivência com a dependência de álcool.

“Quando eu tinha 15 anos, fugi de casa para Foz do Iguaçu com uma ex-namorada, fiquei um mês fora. Começou meu descontrole, porque além de não ter

limites, eu era muito mimado. Comecei a beber nas festinhas de 15 anos. Estudava em um colégio bom e tinham essas festas em clubes. Quando acabava a festa, eu levava as garrafinhas de vodka para casa, dentro do terno. Hoje, percebo que um dos motivos para ter afundado, foi meu pai não ter colocado limites. Ia quando queria para festas, voltava quando quisesse, gastava dinheiro, e bebia, não tinha muito controle. Começou, nessa época. Meu pai comprou uma casa na praia. Praia combina com festa e cerveja. Comecei a me afundar com 17 anos, quando prestei vestibular. Sempre me coloquei muita pressão, porque meu pai e meus irmãos são engenheiros. Todos fizeram cursos na federal ou CEFET [antigo Centro Federal de Educação Tecnológica]. Quando eu estava prestes a fazer vestibular, conheci as drogas. Era tímido, com fama de inteligente, não perdia aulas, mas me encantei com a turminha famosa do colégio, e para fazer parte tive que ser inconsequente, usar drogas, beber. Comecei tudo como uma curiosidade, que se tornou um hábito. Acabei não passando na federal. Meu pai viu que eu comecei a me afundar e não aceitava. Apesar de ele não ser rígido, não aceitava pagar uma faculdade particular para mim, porque eu bebia. No total, tive seis internamentos; os três primeiros foram por outras drogas e os três últimos foram por álcool. Aos 17 anos, me internei, não deu certo. Na verdade, eu só queria fingir para o meu pai que as coisas deram certo, que eu mudei. No começo eu só queria voltar a ter a confiança dele. Eu fiz cursinho quatro anos, mas nunca me dediquei como meus irmãos. Quando estava com 20 anos, não tinha mais coragem para ficar pedindo dinheiro ao meu pai e ficar sustentando meu vício, então, decidi trabalhar e abandonei os estudos. Comecei a trabalhar e parecia que quanto mais eu usava, mais vontade eu tinha de usar. Trabalhei em três hotéis, via muita coisa em relação a bebida e droga, porque tinha muita gente que se hospedava só para usar. Conheci muitas pessoas, saía com os hóspedes, me divertia. Era recepcionista e como sempre fazia um bom trabalho, era promovido. Fazia auditoria na madrugada. Eu fazia meu trabalho e bebia. Comecei a beber no trabalho e a usar drogas. Até brincam nas salas de mútua ajuda que minha carteira de trabalho parece um passaporte, porque eu fui demitido várias vezes e apenas uma vez não foi por causa de vícios. Depois desses três empregos a situação foi se agravando, fui usando e bebendo mais. Sempre gostei de sair, mas para ficar mais barato, comecei a beber em casa e ficou mais evidente, pois eu entrava com um litro de vodka escondido em casa. Fazia isso, também, quando trabalhava em uma empresa de cosméticos, mesmo no calor, vestia uma jaqueta e

dividia a bebida em frascos de 250ml para caber nos bolsos. Assim, meu pai foi percebendo. Eu tive um envolvimento com uma menina que prejudicou meu relacionamento com ele, que me expulsou de casa. Eu sempre trabalhava, mas não conseguia me manter tão bem. Morei em pensão até conseguir alugar uma casa com um amigo, que foi um paraíso, pois eu não precisava mais esconder nada de ninguém. Eu podia comprar minha vodka e entrar com ela embaixo do meu braço que ninguém falava nada. A situação foi agravando, comecei a beber quando eu acordava, saía do emprego para almoçar e bebia, antes e depois da faculdade, também. Sempre dava uma desculpa que estava em um happy hour. É impressionante como a gente que usa é inteligente, pena que é usado para lado ruim, conseguimos inventar muitas desculpas e artimanhas para conseguir usar. Trabalhava em um escritório aos sábados e domingos, bebia lá mesmo, até que um dia minha chefe encontrou as garrafas de vodkas e isso gerou, quase, uma demissão por justa causa. Depois disso, tive outro internamento. Além de perder boas oportunidades de emprego, eu perdi, principalmente, o estudo. Venho de uma família bem tradicional, onde o pai manda em casa e a mãe cuida da família, tenho dois irmãos mais velhos e, até onde eu sei, o único que teve problemas com o álcool foi meu avô, já falecido. Apesar de ser errado, meus pais sempre me deram apoio. Não é legal falar que internar é divertido, porque ninguém gosta de ficar excluído da sociedade com horário para tudo. A forma de apoio dos meus pais era sempre me internar. Eles sempre estiveram do meu lado, me ajudaram, mas acabou afetando muito a relação dos meus irmãos que nunca foi boa, tendo piorado depois que descobriram que eu bebia e usava drogas, pois fazia meus pais sofrerem. Em relacionamentos, acabei perdendo boas namoradas. Queria ter uma família, pois eu moro em uma casa de uma família perfeita. Meu pai é engenheiro, minha mãe é dona de casa, meus irmãos são todos bem-sucedidos. Sempre quis ter isso e o álcool acabou tirando isso de mim. Hoje, na abstinência e com um pouquinho mais de juízo na cabeça, percebo que se eu continuar bebendo, não vou conseguir conquistar nada. Hoje, faço parte de uma religião, sou de formação católica, mas eu sempre tive um uma curiosidade pelo espiritismo. Muitas ideias que eu tinha, fui procurar no espiritismo e encontrei as respostas. Acho que todo mundo vem para a terra, para a vida, tem uma missão e um desafio a ser cumprido. O espiritismo diz que a gente vem para enfrentar dificuldades e se tornar uma pessoa melhor, não como forma punitiva, mas sim como uma forma de evolução, para crescer. Esse

poder superior vem me ajudando. Quando eu era mais novo, não tinha limites, não pensava no amanhã. Hoje, levo um ditado como verdade: tudo que a gente planta, a gente vai colher. Não adiantaria nada se eu continuasse levando aquela minha vida inconsequente e sem limites, totalmente imatura, eu não iria conseguir nada. A religião, pelo menos, a espiritualidade é muito importante. Depois de alguns internamentos, quando eu estava morando sozinho, meu pai ficou surpreso por eu querer voltar a estudar. Voltei a estudar, tirava boas notas, mesmo bebendo. Tentei transformar tudo que tinha aprendido de ruim em coisas boas. Era amigo de todo mundo. Quando a gente bebe, a gente não lembra o que faz, esquece, é uma espécie de amnésia. Tranquei minha faculdade há dois anos, não lembro algumas matérias específicas. De forma ampla, o álcool faz com que a gente perda neurônios, isso é comprovado. Prejudicou-me muito, vejo que minha memória não é tão forte e se eu continuar usando, sei que vai piorar, então, estou tentando parar, refletir. Se eu continuar nessa vida, não vou ter futuro. Ainda tenho vontade de beber, se fosse ruim, ninguém usaria. Hoje, vejo que não me trouxe nenhuma consequência boa. Afastou-me dos meus pais, me fez perder tempo, estudo, relacionamentos, saúde, me perder financeiramente, também. Só tive prejuízos. Às vezes, sinto ressentimentos do que fiz no passado, das oportunidades que eu perdi, mas se eu ficar vivendo só de ressentimentos não vou conseguir viver o presente. Tento me perdoar e fazer diferente, como dizem no AA [Alcólicos Anônimos] e no MA [Mútua Ajuda], insanidade, que é definido no livro: é você cometer os mesmos erros, ter as mesmas atitudes, esperando resultados diferentes. Se eu quiser ter um resultado diferente, tenho que ter uma atitude diferente. Se eu continuar bebendo, sei que vou ser internado. Eles falam no livro: tem os três C, cadeira, clínica e caixão. São os três destinos que podemos ter, ou pode ir preso. Eu já poderia ter sido preso, por beber e sair. Nunca fui de brigar. Meu pai sempre me ensinou que violência é errado, mas já saí de lugar sem pagar, furtei bebida de mercado. Isso faz você se perder no meio do caminho. Estou tentando me recuperar, porque o que eu quero para minha vida é bem diferente do que eu consegui.”

Colaboradora 05

Tom vital: *A preocupação com o julgamento social.*

Relatando sobre a vivência com a dependência de álcool.

“O convívio com o álcool foi depois que eu me divorciei. Eu me senti só e a solidão é difícil, os falsos amigos se afastam da gente, porque parece que estamos com uma doença contagiosa. Eu tenho três filhos: uma mora em Natal, um no Rio de Janeiro e o outro aqui, que é meu anjo da guarda. Ele é companheiro. A primeira vez que eu experimentei álcool foi uma delícia. Quando era adolescente, de 13 para 15 anos a gente matava porcos e o papai comprava o cinzano [bebida alcoólica destilada] para a gente experimentar. Era muito gostoso, só que eu pulei do cinzano para cerveja. Agora estou de castigo aqui, não posso mais beber. Para a gente se livrar do vício é muito difícil, as pessoas não entendem, acham que ao estalar os dedos, o vício vai embora, mas não é assim, demora muito e a gente fica cansada. Estou cansada de ser julgada, de ser observada. Mês passado eu pedi ajuda para o meu filho, ele fez uma oração para mim, achou que do dia para noite eu iria sair do vício, então, agora tenho que me livrar do vício devagar. Agora eu preciso de ajuda. Fui percebendo a dependência aos poucos, vi que eu estava ficando sozinha. As únicas pessoas que me escutavam eram os meus cachorros, eles ficavam quietos, sentiam minha falta. Tenho quatro cachorros, um pastor australiano, um shitzu, um poodle e a pequenina que eu não consigo guardar o tipo de raça. Ela se esconde debaixo da minha cama, quer dormir colada no meu pescoço. Eu convivo com eles. Não tenho coragem de dizer para os outros que gosto de cerveja, que bebo cerveja, porque não gosto de ser criticada, e eu, infelizmente, sou criticada. Parece que a gente é um repelente, as pessoas se afastam e é triste esse afastamento. É triste ver que aquela pessoa que você tinha amizade se afastou. Eu nasci e morei no Rio de Janeiro por 52 anos. Estou com 68 anos, o resto do tempo estou em [Curitiba-PR]. Minha mãe e meu pai eram alcoólatras. Naquele tempo era bebida destilada, bebiam a cachacinha. Eu tenho uma irmã, ela começou a beber, mas em ocasiões. Não sou curiosa para outras drogas. Tenho raiva de quem anda fumando na rua e joga fumaça para o alto, vai ao nariz da gente e no nosso cabelo. Meu filho do Rio de Janeiro falou que eu não faço parte da família dele, que é só a esposa, a filha e ele, que dizer, eu, o irmão, a irmã e os sobrinhos não fazemos parte da família dele. Estou sem falar com ele desde meu aniversário que foi em janeiro [a entrevista ocorreu em março]. Ele ligou para mim, depois não ligou mais, também não ligo. Quem tem que me procurar é ele que é o filho. Ele não sabe que estou em tratamento. A menina e o menino daqui [filhos] que sabem. Com eles a relação é melhor. E esse daqui [que mora em Curitiba], meu Deus do céu! Parece minha

sombra [risos]. São todos do mesmo marido. Eu não procurei outro relacionamento. Foi traumatizante a forma como me separei. Descobri que ele [esposo] estava com outra mulher, grávida, com casa montada. Eu trabalhava como uma burra para ajudar. Separei-me. Foi assim que eu comecei, com a balinha soft, uma balinha de leite, depois para bebida. Separei-me em 1999. Para o tratamento, tive apoio do meu filho, da minha nora e da minha filha que vinha sempre batendo na mesma tecla: ‘mamãe, para’. A mamãe não obedeceu, é teimosa. Foi quando tive uma queda, machuquei um lado do rosto. Meu filho me levou para o Hospital Geral. Eu não sabia, mas ele estava com o papel de internamento que a doutora fez. No outro dia, pela manhã, disseram: ‘a senhora vai ser internada’. Surpresa! Me levaram para o Hospital Bom Retiro, de ambulância. Nunca tinha andado de ambulância. Fiquei um mês lá e agora vim para cá [Clínica Dia]. Fui em 28 de fevereiro para lá, de lá encaminharam para cá, onde estou há 15 dias, aproximadamente. A doutora me receitou um remédio, ontem, que causa sensação de estar bêbada. Certa noite tomei o remédio e quando levantei para ir ao banheiro, caí e machuquei o rosto. Se eu falar para o meu filho que eu não tinha bebido ele não acreditaria. Não passei por nenhum problema com a justiça por causa da bebida, apenas sobre a entrada com o papel do divórcio. Vendi a casa, comprei uma casa aqui. Não me prejudiquei no trabalho, porque não tinha tempo para beber. Trabalhava o dia inteiro. Quando bebia era depois do trabalho, em casa. Na época que eu estava trabalhando, só quando tinha alguma reunião familiar, os falsos amigos iam para minha casa. Eles comiam e bebiam comigo. Minha casa era grande, tinha piscina e churrasqueira. Comecei a beber todo dia há pouco, há dois ou três anos. Eu já era aposentada. Bebo em casa. Vou ao mercado comprar cerveja e bebo em casa, não na rua. É feio beber e fumar na rua. Eu acho muito feio para mulher. A minha vida está boa. Gasto o dinheiro do meu trabalho, não peço aos filhos. Pago 600 reais de remédio por mês. ”

Colaborador 06

Tom vital: *A capacidade de reerguer-se diante das dificuldades.*

Relatando sobre a vivência com a dependência de álcool.

“Eu tive um tratamento agora, que fiquei 10 meses, no Frei Chico [Comunidade Terapêutica]. Tem igreja domingo, dá para fazer visitas, é católico.

Eles têm três casas: a feminina e as masculinas e 90% dos moradores são do centro porque a CRAS [Centro de Referência da Assistência Social] leva. Agora eu vim fazer o tratamento aqui [Clínica Dia], encontrei um amigo de infância, o Valcir [amigo de infância que também está em tratamento], moro com ele e a esposa. O Val [Valcir] tem uma chácara e nós ficamos tomando café, fazendo piada, jogando, e como era tarde, dormi na casa dele, não voltei para o Frei Chico. O responsável falou que eu tinha que obedecer aos horários. Deve ter pensado que eu recaí. Assim, o Valcir me chamou para morar com ele. Estamos firmes, eu trabalho de madrugada e às terças e quintas venho para cá [Clínica Dia]. Passei pelo Hospital Bom Retiro três vezes. Experimentei álcool de 12 para 13 anos, a batidinha de coco, como a amarula [bebida alcoólica] e sinuca. Eu desviei dos estudos, no colégio Cecília Meireles, onde, hoje, estou tentando começar um curso para idosos, mas não sei se vai dar certo por causa dos meus horários do trabalho. Sempre morei com meus avós, em Curitiba, no Bairro Alto. Com 12 ou 13 anos comecei a trabalhar na Rede Aleluia [rádio], fiquei cinco anos. Comecei como office-boy; ao lado há a emissora de rádio FM 96, Rádio Cidade. Eu fazia muita amizade com os locutores, tenho bastante amigos em emissoras. A gente se reunia, eu sempre no meio dos mais adultos. Fui na bebida, na cervejinha e saía em balada, na nossa época, que faz uns 20 anos, chamavam-se de bailões. A gente não ia para pegar mulherada, mas para beber. Como eles eram conhecidos nos lugares, a gente não pagava nada. Só que eu não bebia pinga, nem vodka, era só cerveja quando comecei. Tomei um vinho e fiquei ruim do estômago, vomitei muito. Então parei. Comecei no emprego. A primeira vez que experimentei fiquei bêbado, vomitei. Caía e ficava na rua. Não curti nada a primeira sensação. Sem briga, sem nada, ficava bêbado e caía no chão. Ninguém levava para casa. A emissora que eu trabalhava foi vendida na época, entrei em 1987, por isso mudei de emissora. Como Office Boy comecei com 13 anos, fui até os 18 anos na rádio. Depois de vendida, fiquei mais dois anos e fui para outra profissão, em outra emissora. Fui auxiliar de escritório e operador de som. Foi mudando a equipe. Como eu era um bom funcionário, fui indicado para a outra emissora, tinha 18 anos, não fui para o exército. Gravava o programa 'bom dia, governador'. Saí dessa emissora e entrei em outra, que era localizada próxima a uma favela. Aos domingos, eu colocava Roberto Carlos, uma música de 13 minutos e 5 segundos, chamada caminhoneiro, assim eu ia no boteco que tinha na frente e tomava uma [pinga], foi assim que eu comecei. Certo dia, meu chefe perguntou o

que estava acontecendo e eu inventei que estava com diarreia, mas estava bêbado, deixando a música que não estava na programação rolar. Meu chefe alugou a rádio e eu fui para outra emissora, onde fiquei um bom tempo. Depois consegui emprego em uma outra rádio, que eu queria muito, então, fui para uma balada e bebi. Nessa época, eu ganhava bem, era conhecido, era autorizado a fazer gravações, tinha todos os LP. Só litoral com meus amigos locutores, bagunça. Jogava sinuca, mulherada, mas não rolava nada, só barulho. Ganhava muito dinheiro, fazendo gravações e frequentava muitas festas, de pessoas da minha idade. Nesse tempo de emissora, eu sempre enchendo a cara, todo dia se tivesse festa, pois tinha o conhecimento de muitos dos ouvintes, eles convidavam para tomar cerveja e churrasco em suas casas. Todo dia era assim, de ir na casa de um ouvinte. Eu não tinha namorada. Estudava em um colégio particular muito bom, mas fui recaindo. Saí do emprego, foi meu último trabalho em rádio. Eu estava animado, com a aparência de bêbado. Coloquei para tocar um rock no meio da programação, quando já estava acabando meu horário. Assim que terminei meu trabalho, meu chefe me demitiu por ter pulado a programação e ele ter recebido reclamações dos ouvintes. Eu agradei a oportunidade, chamei um amigo para um barzinho, “enchi a cara”, estava “sem rumo”, mas tinha dinheiro na poupança, eu sempre guardava. Certo dia, estava em um barzinho e vi uma fila enorme em frente a um jornal, fui ver o que era, mas já estava meio bêbado. Estavam precisando de entregador de jornais de moto e bicicleta. Eu não tinha carteira [habilitação], mas poderia fazer o trabalho de bicicleta e fiquei na fila enorme, o porre já estava melhorando. Deram-me uma rota para entregar jornais e onde eu passava, bebia. Nunca usei outra droga, mas muito moleque experimentei baseadinho [maconha] e pó [cocaína], não gostei. Por isso, fui para a bebida. Bebia todos os dias, mesmo trabalhando. Saí bêbado de todos os meus trabalhos e serviços, foi tudo por causa da maldita da cachaça, nada por falta de responsabilidade. Trabalhei, também, em um atacado que fazia rota em caminhão para Porto Alegre – RS. Era eu, que trabalhava bêbado e o motorista, drogado de maconha. Quando sai desse trabalho, não peguei mais nenhum emprego. Meu filho, que era envolvido com o tráfico, faleceu em 2011, por troca de tiros com a polícia, por um roubo e por ter matado dois rapazes, também, fez de refém um senhor que estava lavando o carro. Vivía de aparência. Eu tenho uma neta de dez anos, desse filho que mataram. Ele estava preso em Pinhais [penitenciária localizada no bairro Pinhais]. Nessa época, ele pediu que eu fizesse o favor de levar

drogas para ele revender dentro da cadeia, em troca, eu receberia 500 reais, levei 50 gramas de cocaína e 50 gramas de maconha dentro do café e do açúcar, fiz isso várias vezes. Da última, fui pego, tem a notícia na internet. Entreguei os mantimentos e saí para um barzinho. Como meu filho tinha celular na cadeia, ele estava me ligando, mas eu não atendia, pois estava tudo certo. Fui para outro barzinho caminhando, nem peguei taxi, e continuei a tomar cerveja. Fui a outro bar, fizemos churrasco. O celular tocou de novo e eu resolvi atender. Era meu filho dizendo que a droga não tinha entrado e que a polícia estava atrás de mim. Como eu cuidava dos meus avós que estavam com Alzheimer, não poderia sair de casa. Passava no mercado para comprar pão de queijo, Nescau para eles e todo dia eu passava no boteco de manhã, tomava quatro de manhã e quatro a tarde. Dei o café da manhã deles era umas nove horas. Sentei e fiquei tomando minha cerveja “no bico”. Foi quando encostou o carro da polícia. Falei ao delegado que não tinha nada na casa, mas tinha 500g de maconha escondida em uma gaveta de fundo falso. Ele não encontrou, mas me levaram preso por ter encaminhado aquelas drogas para meu filho e já virei notícia de jornal. Estava de ressaca, nem sabia o que estava acontecendo. Fui condenado a cinco anos e quatro meses. Fiquei na mesma penitenciária que meu filho estava por dois anos, depois em Piraquara por um ano e dois meses e, em 2013, peguei condicional. Antes de acabar a pena, ganhei Alvará de soltura. Fui logo para o bar comemorar, depois fomos para a casa de um colega. Eu bêbado, nem sabia com quem estava andando. Depois fui sozinho para o bar e encontrei uma colega, contei que tinha acabado de sair da prisão, conversamos, ela financiou a cerveja. Já tinha passado do horário de ir para casa. Quando cheguei, bêbado, minha mãe não me deixou entrar, disse que chamaria a polícia. Voltei para a favela e fui tomar pinga, ainda com a mesma roupa que eu tinha saído da cadeia, nem tinha comido, só bebia. Acabei dormindo na favela, no meio do mato, acordei todo molhado, seis horas da manhã. Parou uma Kombi do CRAS e chamou meu nome, perguntou se eu queria internamento, respondi que sim. Deram-me roupa, comida e fui encaminhado para uma comunidade evangélica, onde fiquei ano e meio. Desde desse dia falei que não iria mais voltar para casa, iria batalhar e voltar a ser como eu era. Fiquei na comunidade até 2013, trabalhei em uma fábrica colando rótulos em estojos. Em virtude do bom comportamento, ajudava a levar os moradores para fazer documentos, ir ao médico e dentista. Até que certa vez levei um rapaz para tentar um emprego em um supermercado, mas não tinha vaga para

ele e eu acabei conseguindo um emprego de serviços gerais, por ter só o ensino fundamental, porque para a vaga de frente de caixa, precisaria de, pelo menos, ensino médio. Aluguei uma quitinete em frente ao trabalho, pois assim eu economizava o dinheiro do transporte, morei um ano. Tive que sair, pois comecei a comprar televisão, micro-ondas e não poderia usar nada na quitinete, era um lugar para dormir e trabalhar. Eu almoçava no mercado, comprava mais algumas coisas e uma pinga. Aluguei uma casa grande em outro bairro, me envolvi com uma menina. Todo dia eu chegava em casa bêbado, saía do trabalho, descia no terminal e entrava em um bar. Fui receber meu PIS no centro e parei em um barzinho, tinha acabado de sair o internamento e eu estava aqui [Clínica Dia]. Nove horas da manhã resolvi tomar uma cerveja sem álcool, mas não tinha, então tomei com álcool mesmo e já estava passando o cartão, pois os 100 reais já tinha acabado. Fui resolver uns negócios e parei em um bar, que já conhecia, em uma zona de tráfico e prostituição. Sentei e chamei uma das mulheres para conversar. Acabei bebendo mais, fomos para um hotel, gastei muito e tinha que trabalhar às 23 horas. Meia noite. Faltei ao emprego. Morava com o Valcir nessa época e estava com tanta vergonha que não tive coragem de sair do quarto. Quando ele estava vindo para cá, parou a caminhonete na janela do meu quarto e me chamou bravo, pois ele estava me dando apoio. Fui encaminhado para internação no Hospital Bom Retiro. Falei que queria dar continuidade ao tratamento e meu serviço autorizou, deu o maior apoio, senão já teriam me demitido. Tive apoio do serviço, do Valcir, tenho da minha mãe e da minha filha, mas ela vive ocupada com a faculdade, trabalha, mas a gente tem um bom diálogo. Conheci minha esposa em um barzinho e tivemos o primeiro filho, a levei para morar comigo, mas eu era muito bagunçado, não queria saber de responsabilidade. A gente se fala, mas ela na dela e eu na minha, terminamos por conta da bebida. Todos os meus casos não deram certo por conta da bebida, emprego, estudo, tudo. Quase perdi esse último emprego. Faz cinco anos que eu estou em tratamento e o serviço me deixou incentivado, que eu não posso recair. A clínica me ajuda. Perdemos um colega que se matou e foi um choque, veio na minha consciência, pensei que devo parar. Minha mãe nunca foi de bebida, meu pai e ela tiveram um casamento normal, com igreja e tudo, pois meus avós estavam bem, financeiramente. Sempre morei com eles, mas sempre tive meu trabalho. Meus avós faleceram enquanto eu estava preso, logo em seguida foi meu filho, não consegui ir ao velório, pois não tinha escolta policial para mim. Agora, estou há um ano e pouco

em abstinência, tenho vontade de sair, tenho dinheiro no bolso, vou ao centro, tomo um café, como um pastel, sorvete, depois descanso, porque trabalho. Quando estou de folga, vou para a chácara do Valcir, olhar os cavalos, jogar baralho, tomar café e tirar uma soneca.”

ANEXO A – CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS*

Curitiba, ___ de _____ de 2018.

Destinatário,

Eu, _____ (nome, estado civil, documento de identidade), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada na data de __/__/____ para a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Rita de Cássia Nascimento Lages e sua orientadora, Professora Doutora Miriam Aparecida Nimtz usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citação, desde a presente data.

Subscrevo a presente.

(nome e assinatura do colaborador)

*Adaptado do modelo de carta de cessão proposto por Meihy (2017, p. 149 e 150).

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A vivência do dependente químico com o álcool.

Pesquisador: Miriam Aparecida Nimtz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79612717.7.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.435.264

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "A vivência do dependente químico com o álcool" de autoria da Profa. Dra. Miriam Aparecida de Nimtz com a colaboração da mestrandia Rita de Cássia Nascimento Lages. Local de Realização: Clínica Dia – AD Bom Retiro, Rua Floriano Esserfelder, nº 97, Alto da Glória, Curitiba- Paraná. Período da Pesquisa: dezembro de 2017 a novembro de 2018.

Esse projeto tem como objetivo conhecer e descrever como o dependente químico vivencia a dependência com o álcool. Será realizada em uma Clínica Dia – AD localizada na região central da cidade de Curitiba – Paraná. Os participantes serão os pacientes maiores de 18 anos com dependência química de álcool que estejam em tratamento na clínica dia. A coleta de dados será por meio de entrevistas seguindo um roteiro de perguntas abertas que versarão sobre a experiência com o álcool, desde o primeiro contato até o tratamento. Essas entrevistas terão duração aproximada de 60 minutos e acontecerão em sala reservada, confortável, com menor interferência de ruídos possível, no próprio local de tratamento dos dependentes químicos, em horário mais conveniente para eles, agendado previamente.

Critério de Inclusão: Pacientes maiores de 18 anos com dependência química de álcool que estejam em tratamento na clínica dia. **Critério de Exclusão:** Os pacientes dependentes químicos que fizerem uso ou abuso de outras drogas concomitantes ao álcool. O recrutamento dos participantes ocorrerá por meio de cartazes afixados nos murais da Clínica Dia. Esses cartazes

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-340

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Protocolo: 2.435.284

convidarão os pacientes que fazem tratamento na Clínica a participarem da pesquisa. O TCLE será apresentado aos que manifestarem interesse, podendo ser assinado nesta oportunidade. Os participantes terão ciência a respeito dos procedimentos e métodos envolvidos na pesquisa e também serão informados que a participação é voluntária e que a qualquer momento poderão recusar ou desistir da participação na pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo.

Objetivo da Pesquisa:

Pretende-se conhecer e descrever como o dependente químico vivencia a dependência com o álcool.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos provenientes dessa pesquisa são mínimos, podendo ser o desconforto relacionado a timidez, constrangimento, tristeza ou angústia ao falar sobre sua história com a dependência do álcool.

Benefícios

Os benefícios que esta pesquisa poderá proporcionar são conhecer melhor o comportamento do dependente químico proveniente da dependência do álcool, com o intuito de melhorar a assistência dessa pessoa, compreendendo que suas necessidades envolvem o cuidado integral e individualizado, tendo em vista o melhor convívio familiar e social. Além disso, poderá possibilitar a descoberta de novas abordagens, novas formas de cuidado e tratamento, tendo em vista a expressão das experiências vividas trazidas na história de vida dos dependentes, que revelarão o primeiro contato com o álcool, as implicações desse uso, a relação familiar até seu tratamento e reinserção social. Para a sociedade a pesquisa poderá sugerir a modificação das suas atitudes diante dos dependentes químicos, de forma a não os julgar desnecessariamente, mas sim focando em estratégias para melhoria do atendimento dessas pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pesquisadoras relatam que devido a sua fragilidade diante da sociedade, exclusão, desigualdade, acesso dificultado aos serviços e bens comuns, entre outros, os dependentes químicos são considerados grupos vulneráveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.050-340

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.425.204

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências do parecer anterior foram atendidas, portanto o projeto está aprovado.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007431.pdf	08/12/2017 22:43:49		Acelto
Outros	TCLE_Corrigido.docx	08/12/2017 22:42:35	Miriam Aparecida Nilmz	Acelto
Outros	Carta.pdf	08/12/2017 22:40:56	Miriam Aparecida Nilmz	Acelto
Outros	Ata_do_colegiado.pdf	06/11/2017 11:32:27	Miriam Aparecida Nilmz	Acelto
Projeto Detalhado	Projeto_Detalhado.docx	06/11/2017	Miriam Aparecida	Acelto

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2-426.264

/ Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	11:28:53	Nimtz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_.pdf	11/10/2017 14:59:18	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Check_List.pdf	10/10/2017 12:34:22	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Declaracao_de_responsabilidades_no_p rojeto.pdf	10/10/2017 12:32:58	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Termo de compromisso_para_inicio_da pesquisa.pdf	10/10/2017 12:32:12	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico_dos_da dos_coletados.pdf	10/10/2017 12:31:38	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Declaracao_de_tomar_publicos_os_res ultados.pdf	10/10/2017 12:29:59	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	10/10/2017 12:29:23	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Concordancia_da_instituicao_coparticip ante.pdf	10/10/2017 12:28:47	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Declaracao_de_concordancia_dos_servi cos_envolvidos.pdf	10/10/2017 12:28:11	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/10/2017 12:24:31	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
Outros	Oficio_do_pesquisador_encaminhando_ o_projeto_ao_CEPSD.pdf	10/10/2017 12:19:27	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/10/2017 20:52:47	Miriam Aparecida Nimtz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Dezembro de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br