

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**A Trajetória de Vida de Pessoas com problemas com
Álcool no Município de São Lourenço do Sul**

Martha Lettnin Haertel

Pelotas, 2015

MARTHA LETTNIN HAERTEL

**A TRAJETÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM PROBLEMAS COM ÁLCOOL NO
MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2015

Folha de Aprovação

Autor: Martha Lettnin Haertel

Título: A Trajetória de Vida De Pessoas com problemas com Álcool no Município de São Lourenço do Sul

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: 23/04/2015

Banca Examinadora:

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira.....

Profª Drª Bernadete Maria Dalmolin

Prof Dr. Luciano Dias de Mattos Souza.....

Profª Drª Valéria Coimbra Christello

Agradecimentos

Aos meus pais, Leopoldo Luiz de Mello Haertel e Celli Lettnin Haertel, que não mediram esforços para o investimento em minha formação, desde as séries iniciais. Obrigada por terem me ensinado os verdadeiros valores, por terem me proporcionado uma boa educação e por me incentivarem a seguir na carreira que escolhi. Amo vocês!

A amiga Renata Azambuja, meu obrigada por ter me incentivado desde antes da entrada do mestrado, participando de cada momento, agradeço pelas trocas e contribuições diárias. Sem a tua presença e amizade eu não teria vencido este desafio.

Aos amigos e colegas Janisse Vargas, Patricia Haiduk, Lisiane Gouvea, Débora Coelho, Darcy Gehling Júnior, Valéria Leitzke, Maria Lúcia Abreu, Angela Devantier, Sônia Silveira, Dejana Leal, Agnaldo Medeiros e Rosimeri pelo incentivo e apoio nestes dois anos.

A minha orientadora Profa Dra Vanda Jardim, por ter me ensinado a arte de pensar o trabalho acadêmico, pela sua dedicação e ensinamentos. Por estar sempre comigo, me ensinando a ver os acontecimentos de outras formas proporcionando com que buscasse cada vez mais, ferramentas internas até então adormecidas, como a arte de reinventar-me a cada fim de orientação. Como sentirei saudades de nossas orientações.

Aos professores Michele Mandagará Oliveira, Maria Bernadete Dalmolin, Luciano de Mattos Souza e Vanda Maria Jardim pela participação em minha banca examinadora e pelas contribuições que enriqueceram a presente dissertação.

Ao Gestor de saúde de São Lourenço do Sul, Dr. Arilson da Silva Cardoso, por acreditar no meu trabalho, investindo sempre nessa profissional, me proporcionando a liberação para cursar o mestrado, assim contribuindo para o enriquecimento da minha formação para o exercício do meu trabalho no CAPSad III.

Ao meu namorado, Fernaldo Moreira, por ter entendido minha ausência e ter me incentivado a prosseguir sempre.

Aos meus irmãos Cláudio e Fernando, pelo carinho, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis e por serem tão cuidadosos comigo. Amo vocês!

As amigas e colegas de mestrado Paola Camargo, Poliana Alves, Dagoberta, Andressa Hoffmam e Ane Lins, obrigada pelos trabalhos realizados, trocas de experiências, pelos grupos compartilhados e momentos de descontração.

Aos participantes da pesquisa, manifesto meu agradecimento por dividirem comigo suas vivências, histórias de vida e até mesmo seus sonhos.

A Deus por colocar essas pessoas em minha vida, ter guiado meu caminho e ter me dado forças para continuar mesmo diante das dificuldades.

Resumo

HAERTEL, Martha Lettnin. A Trajetória de Vida de Pessoas com problemas com álcool no município de São Lourenço do Sul - RS. 2015. 78f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

A organização dos serviços de saúde motiva o desenvolvimento de pesquisas que busquem repensar a escolha de cuidados pelos usuários de substâncias, permitindo pensar a organização e funcionamento da rede de serviços de saúde. A partir das trajetórias de vida de cada usuário os profissionais terão maior conhecimento da realidade de cada um, para propor ações mais efetivas levando em considerações características de gênero, forma de uso e o real papel que a substância ocupa na vida dos sujeitos. A temática do presente estudo tem como objetivo central conhecer as trajetórias de vida do usuário de álcool de São Lourenço do Sul-RS, e objetivos específicos conhecer o cotidiano das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e compreender o significado das escolhas pelos diferentes dispositivos do território. É um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, com uso de entrevistas a sete sujeitos utilizando o método do informante chave. As entrevistas foram realizadas no período de Julho a Setembro de 2014 e identificaram diferentes trajetórias e recursos utilizados no cotidiano de cada sujeito não somente a busca por serviços de saúde. Na análise foram apresentadas as trajetórias de vida, a história de vida, o cotidiano e as redes sociais de cada sujeito deste estudo. Os resultados mostraram as diferenças de relações das pessoas com o uso de álcool e as diferentes trajetórias de vida de mulheres e de homens, com ênfase nas diferença de gênero. Conclui-se que faz-se necessário a implantação de estratégias para o fenômeno das drogas que levem em conta as especificidades individuais e dos grupos de forma a contemplar a heterogeneidade dos sujeitos em seus diversos contextos.

Descritores: Transtornos relacionados ao uso de álcool; Apoio Social e Serviços de Saúde mental.

Abstract

HAERTEL, Martha Lettnin. The life course of people with alcohol issues in São Lourenço do Sul City - RS, Brazil. 2015. 78f. Dissertation (Master Course) - Post - Graduate Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas-RS, Brazil.

The organization of health services leads to the development of research that attempts to rethink the choice of care by the users of chemical substances, allowing us to think about the organization and functioning of the health services network. Considering the life experiences of each user, the health professionals are aware of the reality of each subject and so they may propose more effective actions taking into account the gender characteristics of the users, how they use the drug, and the role played by the substance into subjects' lives. The theme of this study aims to know the life experiences of alcohol users in São Lourenço do Sul in RS State, and the specific objectives are to know the daily lives of people with problems caused by alcohol use and understand the meaning of their choices. It is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, using the interviews answered by seven subjects. The method used was the key informant. The interviews occurred from July to September in 2014 and they identified different experiences and resources taking part of the daily life of each person not only the search for health services. Life course, life history, daily life, and social networks of each subject of this study were analyzed. It was found that the implementation of strategies for the drug phenomenon is necessary to take into account the individual circumstances and groups in order to consider the heterogeneity of the subjects in their different contexts.

Keywords: Disorders related to alcohol abuse; Social Support and Mental Health Services.

Lista de Figuras

Figura 1	Município de São Lourenço do Sul – RS.....	28
Figura 2	Características sociodemográficas dos usuários de álcool entrevistados.....	28
Figura 3	Ecomapa das relações do Sujeito 1	31
Figura 4	Ecomapa das relações do Sujeito 2	34
Figura 5	Ecomapa das relações do Sujeito 3	36
Figura 6	Ecomapa das relações do Sujeito 4	39
Figura 7	Ecomapa das relações do Sujeito 5	42
Figura 8	Ecomapa das relações do Sujeito 6	44
Figura 9	Ecomapa das relações do Sujeito 7	47

Lista de abreviaturas e siglas

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis

Sumário

1	Introdução.....	11
2	Objetivos.....	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.2	Objetivos específicos.....	17
3	Referencial teórico.....	18
3.1	Saúde Mental: Política e Atenção Psicossocial.....	18
4	Metodologia.....	24
4.1	Caracterização do estudo.....	24
4.2	Local do estudo.....	24
4.3	Participantes do estudo.....	24
4.4	Princípios éticos.....	24
4.5	Procedimentos de coleta de dados.....	25
4.6	Análise e discussão dos resultados.....	25
5	Resultados e discussão.....	27
5.1	Contextualização do município de São Lourenço do Sul/RS.....	27
5.2	Descrição dos sujeitos participantes do estudo.....	28
5.3	Trajetórias de vida.....	29
5.4	O significado das escolhas – cotidiano a partir do gênero e do suporte social.....	48
6	Considerações finais.....	63
	Referências.....	65
	Anexos.....	71

1 Introdução

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas – o que corresponde a aproximadamente 40% da população mundial acima de 15 anos – e cerca de 76,3 milhões apresentam problemáticas decorrentes do uso dessa substância. O consumo de álcool pode trazer consequências diversas, e está relacionado a mais de 60 tipos de doenças ou lesões, além de episódios de violência, homicídios e acidentes: está associado a 3,2% de todas as mortes no mundo (sendo, aproximadamente, 6% de todas as mortes entre homens e 1% entre as mulheres) e 4% do total de anos de vida comprometidos por alguma incapacidade (WHO, 2002; WHO, 2004; Anthony, 2009).

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas foi publicada no ano de 2003. Em seu texto de apresentação, admite-se o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública (BRASIL, 2004). Em sua análise Machado (2006) identifica como fatores contribuintes para a formulação desta política de saúde específica a condução da política pública de drogas proposta pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), entre as décadas de 1980 e 1990, e posteriormente pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a afirmação da universalidade do direito à saúde; a reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental a partir da implementação de serviços de base comunitária substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos; e, a implementação de políticas de prevenção do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), propiciando que a saúde pública voltasse o seu olhar para um segmento populacional até então a margem do sistema de saúde.

O modelo de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas construído a partir da racionalidade proibicionista caracteriza-se pelo autoritarismo das intervenções propostas. A criminalização dos usuários de drogas repercute na garantia de direitos sociais e de cidadania, dentre os quais o de livre acesso aos serviços de saúde e tratamento e mesmo o de fazer uso de drogas em condição não prejudicial ao indivíduo e à sociedade. Apesar das crescentes críticas a este modelo de atenção, ele se mantém hegemônico nos Estados Unidos (MACMASTER, 2004; CANTY, SUTTON E JAMES, 2005; WODAK, 2009) e fortemente influente na Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns outros países asiáticos (REGHELIN, 2002).

O estreitamento da articulação entre Política Nacional de Drogas e as políticas, particularmente ao campo da Saúde Mental, pode ser reconhecido como um fato histórico recente. O II Fórum Nacional Antidrogas e a III Conferência Nacional de Saúde Mental foram realizados no ano de 2001. Segundo a análise de Machado (2006), reflete a dificuldade de articulação entre a área de drogas e o setor público de saúde, uma vez que a duplicidade de eventos comprometia a participação dos atores nas discussões nos dois espaços. A apresentação da Política Nacional Antidrogas à sociedade brasileira constituiu uma oportunidade para a proposição da inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS, particularmente no campo da Saúde Mental. Até então, essa atenção era ofertada principalmente por instituições não-governamentais, a exemplo das comunidades terapêuticas e grupos de auto-ajuda, apoiadas pela SENAD (CARVALHO, 2007).

O município de São Lourenço do Sul/RS, treze anos antes da Lei da Reforma, iniciou investimentos em uma nova modalidade de cuidado a fim de evitar que seus moradores com transtornos mentais fossem encaminhados a Pelotas/RS para internação em hospital psiquiátrico. Inicialmente abriu dois leitos em hospital geral e abriu um Centro Comunitário com equipe multiprofissional para atender as demandas da Saúde Mental, uma iniciativa que acabou dando certo pela afinidade dos trabalhadores pelo cuidado em liberdade. Hoje é conhecido pelo segundo CAPS do Brasil conhecido como CAPS Nossa Casa.

Antecedeu o projeto Nossa Casa, o atendimento ambulatorial realizado na Unidade Sanitária e Ambulatorial de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e Bem

Estar Social (SMSBES) por psicólogo e psiquiatra, dando início as atividades em Saúde Mental. Havia relatórios que mostravam os gastos que o município de São Lourenço do Sul/RS dispndia, com o transporte de pacientes em surto em ambulâncias para o município vizinho, Pelotas/RS, para hospital psiquiátrico, local tradicional de depósito de pessoas mentalmente enfermas, o que gerava mais gastos ao município, e lucro para os hospitais, haja vista o baixo custo das internações para o hospital. (NUNES, 2005).

A ideia deste cuidado humanizado surgiu a partir da disponibilidade e vontade dos trabalhadores da Secretaria de Saúde da época que se identificavam com a Saúde Mental, em fazer algo novo, que proporcionasse aos usuários com problemas mentais serem cuidados em liberdade e próximos de seus familiares foi então criado um Ambulatório de Saúde Mental que cuidava pessoas com sofrimento psíquico, usuários de drogas e crianças. Em um tempo em que não se pensava em Saúde Mental, São Lourenço do Sul ousou fazer diferente. Daí porque o reconhecimento deste município em todo Brasil como um município que até hoje busca fazer a diferença na vida das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, inovando a cada ano, com o compromisso dos trabalhadores da Rede de saúde Mental do município.

O município de São Lourenço do Sul/RS possui uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) bastante diversificada, contando com três Centros de Atenção Psicossocial, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), nove equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), trinta leitos em Hospital Geral, um Centro de Geração de Renda para os usuários em processo de alta do CAPS, oficinas de Saúde Mental, Matriciamento em Saúde Mental no perímetro rural e urbano, uma equipe de Redução de Danos. Organizamos nossas ações através de um colegiado gestor de Saúde Mental que se reúne semanalmente com a participação de trabalhadores e coordenadores dos serviços para discutir a política e as práticas de Saúde Mental do município.

De acordo com Brasil (2004a), a rede de Saúde Mental tem como objetivo ser de base territorial, diversificada, complexa, e deve constituir-se num conjunto concreto e vivo de referências para outros serviços. Tendo em vista essa rede complexa de cuidados, evidencia-se como meta prioritária da Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização como foco e prioridade.

A rede de Saúde Mental é composta por várias esferas que compõem o processo de cuidar em liberdade, e nesse sentido as equipes contam com o suporte e apoio de recursos territoriais. Estes estão convocados para potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, quais sejam: afetivos (família, amigos), recursos sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, escola, trabalho, esporte), econômicos (previdência, dinheiro), religiosos, culturais e de lazer (BRASIL, 2004a).

Para ser um equipamento efetivo na construção da rede de Saúde Mental, o CAPS não pode considerar que o tratamento do indivíduo se limita apenas ao espaço físico do serviço. É necessário conhecê-lo e acompanhá-lo no território, nos espaços da cidade em que mora.

Em 2003, foi criada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que contém as diretrizes, propostas pelo MS, na abordagem desta temática. Entre os pressupostos estão: a avaliação, baseada em dados epidemiológicos, de que o uso de álcool e as problemáticas decorrentes desta substância é uma questão importante a ser entendida e trabalhada dentro do campo da saúde pública; a necessidade de incluir os usuários/ dependentes de álcool em uma rede de cuidados; a consciência da urgência de adaptar a legislação vigente sobre álcool e outras drogas aos objetivos da saúde pública e não aos da punição; a compreensão das estratégias de redução de danos como alternativas eficazes no tratamento e na prevenção (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007a).

Em 2005 comecei o trabalhar no CAPSad paralelamente ao trabalho no hospital de São Lourenço do Sul/RS, minha experiência até então era com o processo de desintoxicação dos usuários no hospital geral, como já conhecia grande maioria dos usuários devido as internações as quais acompanhei, enquanto psicóloga da Unidade considero que o vínculo foi um grande potencializador para início do meu trabalho no CAPSad. Durante quatro anos trabalhava com enfoque na abstinência do usuário, foi necessário este tempo para que junto com a Equipe pudesse me dar conta do quanto estávamos centralizando nossas ações dentro do serviço.

Há algum tempo comecei a (re) pensar minha trajetória enquanto psicóloga e coordenadora do serviço, almejando repensar os processos de trabalho, com formação universitária voltada para o modelo biomédico tendo como prerrogativa a abstinência e o tratamento em hospital psiquiátrico. A prática diária dos trabalhadores dos serviços deve respeitar a vontade do usuário, não se detendo a relação do usuário com sua droga de uso, mas percebendo aquele sujeito como cidadão, as funções que ocupa em sua família, no mercado de trabalho e de que forma se relaciona em seu bairro. E não se deter apenas ao uso da substância. Os profissionais tendem a pensar que sabem o que é melhor para os usuários dos serviços.

As ações do CAPSad são na perspectiva da Abstinência e da Redução de Danos, respeitando a vontade e a autonomia do usuário nas suas escolhas. Tendo o cuidado de construir junto com o usuário e outros profissionais dos serviços um Projeto Terapêutico Singular, buscando a integralidade no atendimento. No cenário de produção de cuidado ao usuário de álcool existem atores, protagonistas e instituições com profissionais com diferentes olhares, o estigma não pode se fazer presente entre os profissionais. O acolhimento deve ser humanizado e deve ser garantido o acesso.

“A integralidade compreende o diálogo entre os usuários e profissionais de saúde, por meio do qual se desenham projetos terapêuticos pautados nas compreensões dos usuários e nas necessidades por ele apresentadas. Trata-se da garantia da atenção progressiva em Saúde Mental em uma perspectiva não só assistencial, mas também integral percebendo o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade.” (OLIVEIRA, RAIMUNDO; ANDRADE, LUIZ ODORICO e GOYA, NEUZA).

O Ministério da Saúde vem ampliando a oferta de serviços, o que implica na necessidade de profissionais capacitados para atendimento desta clientela que não se restrinjam ao diagnóstico e a medicação, prescrevendo condutas desvinculadas do cotidiano do usuário, precisamos estar atentos a rede de relações do usuário e ter conhecimento do seu território habitado e ocupado, compreendendo junto com ele suas reais necessidades. De nada adianta o aumento da rede de serviços se esta rede não estiver aquecida e interligada, com fluxos bem definidos.

Segundo Dalmolin (2006), as trajetórias podem ser compreendidas como expressões da produção subjetiva que permitem ao sujeito vivenciar diferentes maneiras de compreender o mundo e de se articular com ele. Nessas trajetórias, a subjetividade está sempre em movimento, por meio das variadas maneiras pelas quais os sujeitos e as coletividades se formam e são constituídas e cujos sentidos têm de ser descobertos nos contextos em que são produzidos.

A justificativa para a escolha da temática se deu devido ao fato da Rede de Saúde de São Lourenço do Sul/RS ter sofrido ampliação nos últimos anos oferecendo diferentes ações e criando diferentes opções de cuidados aos usuários. A complexidade do sofrimento psíquico e a complexidade do cuidado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, implica em uma proposta que olhe para essas trajetórias.

Em relação às partes integrantes deste estudo, no Capítulo 1, o leitor terá conhecimento sobre a temática a ser explorada. No Capítulo 2 - Objetivos - são evidenciados quais os objetivos e questionamentos que fazem parte desta dissertação e que resultam na questão de pesquisa e interesse. Dando continuidade, no Capítulo 3, foi apresentado o Referencial teórico, o qual norteia os conceitos e fundamentos do desenvolvimento do estudo.

E em seguida, a Metodologia, no Capítulo 4, descrevendo o percurso metodológico, justificando os métodos de pesquisa que consolidam esta dissertação enquanto trabalho científico. No Capítulo 5, designado Análise e Discussão dos Resultados, são explanados os dados coletados em campo de pesquisa, explorando as informações em debate com a literatura assim corroborando os objetivos deste estudo.

Finalizando, as Considerações Finais, cuja finalidade é fazer uma conclusão deste estudo, evidenciando os objetivos deste com o pressuposto e resultados.

QUESTÃO NORTEADORA

Qual a trajetória de vida dos usuários de álcool no município de São Lourenço do Sul?

PRESSUPOSTOS

As trajetórias de vida das pessoas usuárias de álcool extrapolam os caminhos circunscritos pelo uso de substâncias.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer a trajetória de vida das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer o cotidiano das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool.

Compreender o significado das escolhas pelos diferentes dispositivos do território.

3 Referencial teórico

Como referencial teórico foi utilizado o Modelo de Atenção Psicossocial na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

3.1 Saúde Mental: Política e Atenção Psicossocial

De acordo com Ribeiro e Araújo (2006), o movimento proibicionista em relação às drogas teve sua origem no Estado de Ohio, no início do século XIX, onde a aliança entre igrejas protestantes e católicas locais defendia a proibição do comércio de álcool. Naquele momento, observava-se o crescimento da industrialização de bebidas alcólicas no país e conseqüentemente de seu consumo. Em 1869 foi fundado o Partido Proibicionista. A proibição da comercialização de bebidas alcólicas tornou-se uma reivindicação de segmentos daquela sociedade e em 1920, com a promulgação da lei Seca, que conferiu ao álcool o status de droga ilícita naquele país, entre 1920 e 1932.

A hegemonia do discurso político proibicionista em relação às drogas não impediu, a emergência de um enfoque político alternativo, contra- hegemônico (RITTER E CAMERON, 2005; TAMMI E HURME, 2007). Ribeiro e Araújo (2006, p.464) salientam “historicamente os países europeus sempre defenderam a redução da demanda como política preferencial, em detrimento de políticas centradas na redução da oferta”. Embora esse enfoque político não seja consenso em toda Europa, esta se constituiu no berço da redução de danos como uma alternativa de saúde pública aos modelos de atenção fundamentados na abstinência (MARLATT, 1999; REGHELIN, 2002). A Holanda e o Reino Unido desenvolveram iniciativas precursoras no modelo de redução de danos, que se consolidou na década de 1990 pelo impacto produzido na prevenção de transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) (RITTER E CAMERON, 2005; BALL, 2007). A I Conferência Internacional, realizada em Liverpool, Inglaterra, em 1990 é apontada por Reghelin (2002) como marco inicial do movimento de redução de danos.

Os princípios de redução de danos sustentam-se no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade (MARLATT, 1999; RITTER E CAMERON, 2005; TAMMI E HURME, 2007; BALL, 2007). Este enfoque confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas, propiciando, por exemplo, compreender o consumo de drogas como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial (MARLATT, 1999; TAMMI E HURME, 2007; BALL, 2007; WODAK, 2009).

A reforma na política pública de drogas na Holanda teve início na década de 1970, desencadeada pela constatação do aumento dos problemas relacionados com drogas em um país até então aderente ao discurso proibicionista e às medidas de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas. (MARLATT, 1999).

As primeiras intervenções na área de saúde no Reino Unido referidas como precursoras do movimento de redução de danos datam da década de 1920. Em 1926, um grupo de médicos recomendou a prescrição de drogas como a heroína e cocaína para usuários dependentes como propósito de reduzir os danos de seu uso e assim melhorar a sua qualidade de vida. A prescrição de drogas não foi aprovada como uma política pública, predominando no país o enfoque proibicionista. Com a epidemia da AIDS, na década de 1980, a prescrição de drogas para dependentes ganhou novo impulso como estratégia de redução de danos. (MARLAT,1999; FONSECA E BASTOS, 2005; GOSSOP, 2008).

O tratamento orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de baixa exigência, por não exigir dos usuários a abstinência como um pré-requisito obrigatório, o que não significa que a lógica da redução de danos contraponha-se à abstinência como resultado ideal ao tratamento (MARLATT, 1999; KELLOG, 2003; MACMASTER, 2004; BEEK, 2009). Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias. O foco desta abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, ainda que esta intervenção não produza uma diminuição imediata deste consumo. A atenção centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, o qual precisa ser engajado de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento buscado (MARLATT, 1999; TAMMI E HURME, 2007).

De acordo com Machado (2006), a partir da década de 1970, a concepção médico-psiquiátrica sobre o consumo de drogas propiciou o reconhecimento do usuário como doente e o hospital psiquiátrico como dispositivo assistencial privilegiado. O modelo explicativo moral/criminal para o consumo de substâncias psicoativas encontrava no modelo da doença uma importante aliança para o fortalecimento das medidas de repressão às drogas, tendo em vista que a prevenção desta doença era preciso inibir o consumo de drogas mediante restrição do acesso da população a estas substâncias.

O Movimento da Reforma psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 70, a partir de reflexões e críticas ao modelo de atenção em saúde mental em vigor na época, o qual promovia a segregação e a exclusão social.

De acordo com Ferreira (2007), a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso durante a ditadura militar, momento em que a medicalização era o princípio básico da intervenção. O poder centralizador do manicômio e o elevado número de internações passaram a ser considerados as causas cruciais das condições desumanas que os pacientes psiquiátricos vivenciavam.

O movimento da Reforma Psiquiátrica inicia um processo de transformação não somente nas práticas da saúde mental, mas também no potencial disruptivo dentro da sociedade no momento em que coloca em questão a divisão entre patológico e o normal, entre a normalidade e a loucura (KODA; FERNANDES, 2007).

Nesse processo foi instituída a Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), a qual redireciona o modelo da assistência em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. A partir desse marco político, ocorreram diversas mudanças no campo psicossocial e foi estabelecida uma rede de atenção em saúde mental.

Os CAPS foram instituídos através da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a), a qual estabelece que estes serviços devem constituir-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos em ordem crescente de complexidade/porte e abrangência populacional.

E em relação à capacidade operacional para atendimento, conta com a seguinte distribuição, conforme a população: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes. E ainda CAPSi proporcionando atendimento às crianças e aos adolescentes e CAPSad, os quais atendem pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Os serviços substitutivos ao modelo manicomial são estratégicos para o desenvolvimento das redes sociais dos usuários, pois estes, ao trabalharem comprometidos com a reabilitação psicossocial, promovem a inserção dos indivíduos na sociedade, contribuindo para a formação de vínculos e para a identificação de redes sociais.

O modelo assistencial da Reforma Psiquiátrica está baseado na superação do isolamento e na vida plena em sociedade e preconiza a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento psíquico como um estado ou período de evidenciação de sinais e sintomas específicos da mente, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua (AMARANTE, 2000).

A assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela co-responsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais (AMARANTE, 2007), na perspectiva de construção de cuidado integral.

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

A preocupação com o sofrimento humano ainda não é objeto integrante das atitudes na prática dos trabalhadores de saúde. Formados e capacitados para diagnosticar, tratar e curar, eles deparam-se com situações complexas que fogem à lógica determinista da clínica. Os casos atendidos em saúde mental não fecham nunca. Elaborar um projeto terapêutico é um árduo trabalho, pois na lida com as pessoas envolvidas, o descompromisso, a retração ou negação são comuns na argumentação do desequilíbrio psíquico (LANCETTI, 2007).

Conforme Souza, Kantorski e Mielke (2006), os novos espaços de intervenção, propostos pela Reforma Psiquiátrica se traduzem em contextos responsáveis que, enquanto rede, exercem a função de promover saúde, apoiar e possibilitar a intersecção com outras redes no âmbito da comunidade.

Segundo Costa-Rosa (2000), o Modo Psicossocial, como paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar, tem como características a territorialidade, a interdisciplinaridade; a relação e o vínculo com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais; a consideração deste como sujeito e, portanto protagonista principal do cuidado proposto; o incentivo a que a família e a sociedade assumam a parte do seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à reinserção social e á recuperação da cidadania.

Para Cecilio e Mehry, 2003, a possibilidade de um efetivo trabalho em rede que possa dar conta de uma linha de cuidado, no caso a Saúde Mental, começa pela reorganização dos processos de trabalho, na relação entre os diversos pontos de atenção, pela forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, que resultem numa complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, que vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. (CECILIO & MEHRY, 2003).

O Ministério da Saúde publicou em 23 de dezembro de 2011, a Portaria 3088 que instituiu Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com 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 Sistema Único de Saúde.

Guedes (2010) salienta que para que haja um bom funcionamento dos serviços, estes precisam estar organizados em redes dinâmicas, que permitam o livre percurso dos usuários em seus equipamentos. Essa organização auxiliará também o empoderamento dos sujeitos no que se refere à apropriação desse sistema como fator decisivo em seu tratamento. E isso acontece pelo fato de a rede não ser apenas composta por serviços de saúde, mas também por outras instâncias que fortalecem também as redes sociais destes.

De acordo com Honorato e Pinheiro (2007), o território é um espaço de relacionamento, de encontro com a sociedade, que concretiza o mundo e as potencialidades e diversidades.

Os CAPSad são dispositivos centrais e responsáveis pela articulação da rede de atenção integral aos sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e podem desenvolver uma série de ações. Podem se constituir como espaços privilegiados na construção de projetos terapêuticos para os indivíduos ao desenvolver estratégias que tenham como território a vida concreta dos sujeitos e ao priorizar o direcionamento das práticas para os contextos reais de vida das pessoas (DELL' ACQUA, MEZZINA, 1991; SARACENO, 1999; BRASIL, 2003; CRUZ, 2006; MÂNGIA, MURAMOTO, 2006).

4 Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa foi de abordagem qualitativa, descritiva e analítica. De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa define-se como um determinante que envolve não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, mas também as representações objetivas pelos atores sociais que lhe designam significados. É um recorte da realidade, a qual não pode ser quantificada.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de São Lourenço do Sul.

4.3 Participantes do estudo

Foram selecionados sete sujeitos a partir de um informante chave, ou seja foi selecionado o primeiro entrevistado pela pesquisadora, um usuário de álcool que percorra diferentes trajetórias em seu território, e que tenha retornado ao mercado de trabalho, que tenha informações que possam contribuir para este estudo. A entrevista se realizou em domicílio ou em um lugar fora do CAPSad, escolhido pelo entrevistado. Ao término da entrevista de cada entrevista o entrevistado indicou o próximo sujeito que participou da pesquisa. Não teve como obrigatoriedade o cadastro no CAPSad. E, nenhum critério quanto a utilização de outras drogas, pois o olhar foi para a vida dos sujeitos e não o foco em outras drogas.

4.4 Princípios éticos

Primeiramente foi encaminhada uma carta de Autorização para o Secretário Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul e para a Coordenadora de Saúde Mental, para assinatura de concordância da liberação da coleta de dados nos prontuários dos usuários cadastrados no CAPSad que foram selecionados para o estudo.

O projeto foi encaminhado a Plataforma Brasil, para escolha do Comitê de Ética (Anexo A) e os princípios éticos considerados para a elaboração desse projeto foram ao encontro da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre pesquisa com seres humanos. Após a aprovação do Comitê a autora entrou em contato com os participantes, para que fosse assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aos participantes foi assegurado o direito de se manterem anônimos, de saírem da pesquisa a qualquer momento e de terem os resultados obtidos apresentados no término da pesquisa.

Este estudo teve como risco a experiência da lembrança de recaídas que possam ter causado algum tipo de perda ao pesquisado. Como benefícios se espera a publicação de novos estudos sobre a temática, que possam proporcionar aos usuários de álcool o conhecimento das trajetórias de vida utilizadas nas práticas de busca pelo cuidado, definindo fluxos e também o significado das escolhas por uma trajetória ou outra qualquer.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora utilizou como recursos para a coleta de dados: a Entrevista Semiestruturada e a leitura de prontuários do CAPSad.

4.6 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada por temáticas, conforme Minayo (2010). Esse tipo de análise desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. Primeiramente as entrevistas foram

transcritas na íntegra e em seguida agrupadas em temáticas, conforme os objetivos deste estudo.

As temáticas resultantes da análise são: a pessoa e sua história, seu cotidiano; Rede de suporte social e escolhas e significados.

5 Análise e discussão dos resultados

5.1 Contextualização do município de São Lourenço do Sul/RS

São Lourenço do Sul, município de colonização alemã, tem como principais atividades econômicas a agropecuária e a pesca, possui forte vocação turística devido às praias de água doce. Localizado a uma distância de 198 km de Porto Alegre/RS, fazendo divisa com os municípios: Camaquã, Cristal (N); Pelotas, Turuçu (S); Canguçu (O); Lagoa dos Patos (L).

Possui uma área de 2.036,13 km² e conforme o plano diretor vigente seu território é formado pelo distrito sede mais sete distritos rurais.

Segundo dado do IBGE do ano de 2010, São Lourenço do Sul conta com uma população de 43.111 habitantes, dos quais 24.237 residem no perímetro urbano e 18.874 no perímetro rural.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a rede conta atualmente com: uma Unidade Básica Especializada, duas Unidades Básicas de Saúde, nove Estratégias de Saúde da Família (seis localizadas no interior e três na cidade), um Centro de Saúde localizado no interior e um Hospital Geral na zona urbana.

A rede de Saúde Mental é constituída pelos seguintes serviços: um CAPS I, um CAPSi, um CAPS ad III, um Centro Integrado de Reabilitação Laboral de Saúde Mental, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Equipe de Redução de Danos, Apoio Matricial e uma Unidade de Internação em Hospital Geral com trinta leitos de Saúde Mental.

São Lourenço do Sul pertence a 3º Coordenadoria Regional de Saúde (3º CRS/SES).



Figura 1 – Município de São Lourenço do Sul - RS

Fonte: Google Maps

5.2 Descrição dos sujeitos participantes do estudo

Com o intuito de descrever os sujeitos participantes desse estudo, a seguir encontra-se uma figura ilustrativa.

Sujeito	Idade	Cor da pele	Escolaridade	Situação Conjugal	Ocupação	Nº de filhos	Renda
Sujeito 1	36 anos	Branca	2º Grau Completo	Solteira	Trab. Formal/AT	Sem filhos	Salário mínimo
Sujeito 2	40 anos	Negra	1º Grau Incompleto	Solteira	Auxilio doença	2 filhos	Salário mínimo
Sujeito 3	60 anos	Branca	1º Grau Incompleto	Casada	Trab. Formal/Faxineira	2 filhos	Meio salário mínimo
Sujeito 4	60 anos	Branca	Superior Completo	Casado	Aposentado	Sem filhos	Salário mínimo
Sujeito 5	50 anos	Branca	2º Grau Completo	Casado	Trab. Formal/Padeiro	1 filha	Salário mínimo
Sujeito 6	71 anos	Negra	1º Grau Incompleto	Solteiro	Aposentado	2 filhos	Salário mínimo
Sujeito 7	50 anos	Negra	1º Grau Incompleto	Separado	Auxilio doença	2 filhos	Salário mínimo

Figura 2 – Características sociodemográficas dos usuários de álcool entrevistados.

Fonte: dados extraídos das entrevistas.

A tabela acima proporciona a visualização das características dos sete participantes do estudo, sendo quatro homens e três mulheres, com faixa etária entre 36 e 71 anos. Quatro de cor de pele negra e três de cor de pele branca. Dois apresentam o Ensino Médio Completo, quatro o Ensino Fundamental Incompleto e um apresenta curso superior completo. Quanto ao estado civil, duas mulheres são solteiras e uma é casada. Dois homens são casados, um separado e um solteiro. Quanto ao trabalho duas mulheres possuem trabalho formal e uma recebe auxílio doença, dois homens são aposentados, um tem trabalho formal e um recebe auxílio doença, um devido ao Alcoolismo. Quanto aos filhos, duas mulheres tem dois filhos e uma não tem filhos. Com relação aos homens, um não tem filhos e três tem filhos. Com relação a renda, duas mulheres ganham salário mínimo e uma recebe meio salário mínimo. Com relação aos homens, os quatro recebem salário mínimo.

5.3 Trajetórias de vida

Para compreender o cotidiano de pessoas que usam álcool será descritas aspectos de sua história de vida e suas trajetórias o que nos permite adentrar em percursos singulares e diversos.

Sujeito 1

Mirelle, 36 anos, sexo feminino, cor de pele branca, solteira, segundo grau completo, trabalha no hospital do município há um ano e seis meses. Com história de sucessivas internações compulsórias solicitadas pela família e encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas. É uma mulher alta, reservada, responde as perguntas da entrevista com certa desconfiança, pensa bastante antes de responder.

Durante a última internação foi proposto pelo médico responsável sua ida para a Comunidade Terapêutica por um tempo e que se retornasse desintoxicada teria uma vaga de trabalho naquela Unidade Hospitalar, como condição teria que manter o tratamento no CAPSad e permanecer sem usar álcool.

Como Mirelle desejava trabalhar para ganhar seu dinheiro, se adequou as exigências, se mantendo no trabalho até hoje com o intuito de futuramente abrir sua Comunidade Terapêutica nas terras do pai. Quanto ao tratamento, participa de atendimentos psiquiátricos no CAPSad mensalmente.

Mirelle mora com o namorado próximo a praia, tem uma criação de coelhos para venda, com a qual complementa a renda familiar. Não costuma gastar seu salário, coloca integralmente no banco, pois, este dinheiro será investido na abertura de sua Comunidade Terapêutica. Pretende cursar Terapia ocupacional na Universidade Federal de Pelotas esta formação irá ajudá-la na administração e no cuidado com usuários de drogas.

Durante a semana divide seu tempo entre o cuidado da casa e o trabalho de oficinista da unidade de Saúde Mental do hospital durante 40 horas semanais. Acorda cedo vai de bicicleta ao trabalho onde realiza atividades artesanais com os usuários internados, tomam chimarrão e organiza rodas de conversa sobre dependência com os usuários de substâncias. Verbaliza não se sentir integrante da equipe, porque não participa das reuniões e decisões, apenas é comunicada, acredita que a equipe a trata de forma diferente por ser usuária de álcool. Quando acaba seu dia de trabalho, retorna para casa para os afazeres domésticos e para aguardar o namorado.

Ao chegar em casa, prepara o jantar, lava as roupas, cuida da criação de coelhos, tem por hábito ler, namora e organiza a casa. Relata que a cada dia de abstinência do álcool costuma dar-se de presente um bombom Ferrero Roche como recompensa.

Aos finais de semana vai para o interior, na chácara de seus pais com o namorado, lá tem um açude onde adora pescar, sua ida para o interior contempla o cuidado do irmão alcoolista, precisa ajudá-lo a parar de beber, mas não consegue. Os pais costumam também ir para lá aos finais de semana, conversam, tomam chimarrão e discutem bastante. Não tem bom relacionamento com a mãe e o irmão, o pai é bastante rígido talvez pelo fato de ser pastor da igreja evangélica, mas é com ele que pode contar nos momentos mais difíceis de sua vida.

Mirelle fala alemão, inclusive já ministrou aulas particulares na escola de alemão da mãe em Pelotas, mas não deu certo porque bebia e não conseguia cumprir os horários das aulas. Hoje verbaliza que se mantém sem beber para manter o trabalho no hospital.

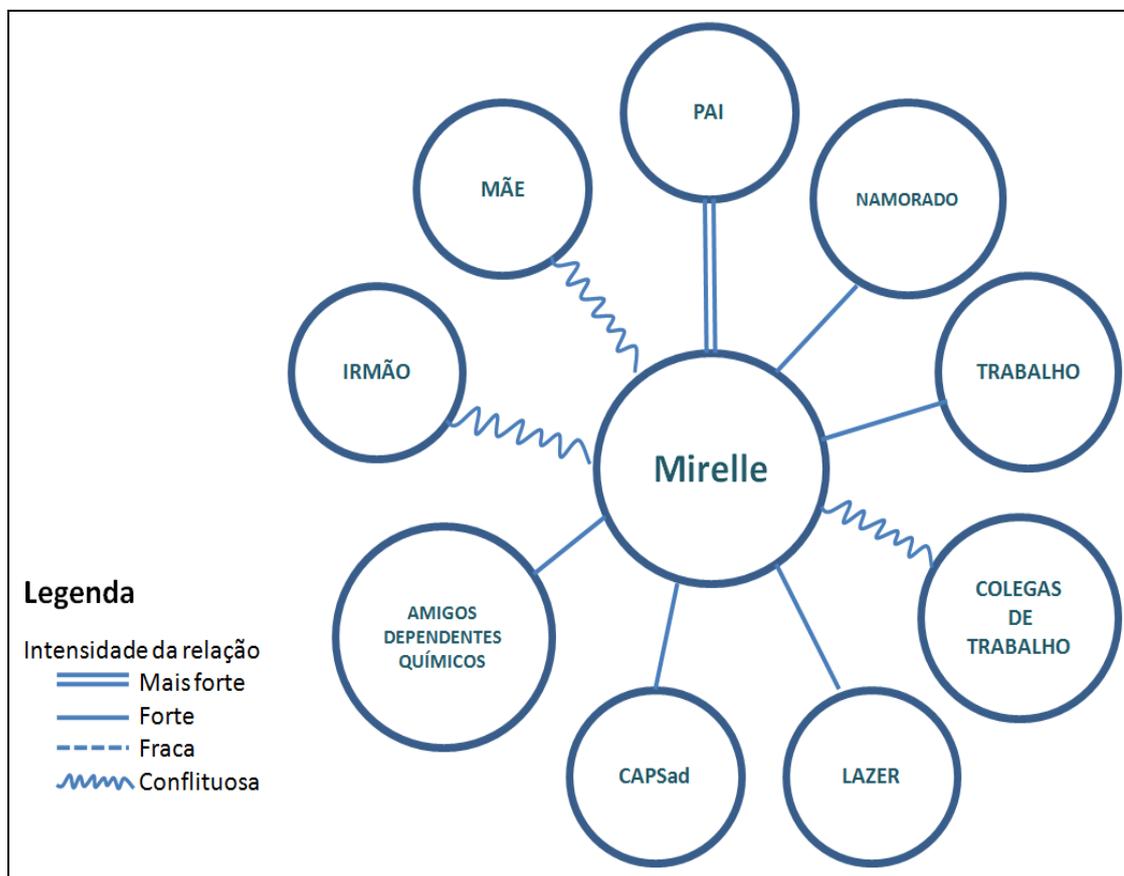


Figura 3 – Ecomapa das relações do Sujeito 1.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Mirelle estabelece vínculo mais forte com o pai, pois com ele que sempre pode contar em todos os momentos bons e difíceis, mesmo com a rigidez do pai é ele quem a entende e apoia. O pai sempre quis ajudar e ajudou do jeito dele. Ao contrário da mãe e o irmão que a acusam o tempo todo, inclusive a mãe diz que o irmão tornou-se alcoolista por culpa de Mirelle. Tem um vínculo mais forte com os outros dependentes químicos que internam no hospital e com os que freqüentam o CAPSad pois segundo ela sente-se na obrigação de ajudá-los sente que eles a escutam e que ela os compreende.

Com relação ao trabalho sente-se realizada no que faz, atividades artesanais em que ela se dedica a preparar e buscar técnicas novas em cada oficina, as produções são vendidas e o dinheiro é utilizado para a compra de materiais para confecção de novos produtos. Com relação aos colegas de trabalho não se sente um membro da equipe, tem uma relação conflituosa, pois segundo ela a tratam de forma diferente, não como profissional, mas como usuária de drogas. Isso a incomoda, mas ela se submete, porque está investindo seu salário no banco para futuramente ter sua Comunidade Terapêutica.

Tem um vínculo forte com o CAPSad, atribui sua recuperação aos profissionais do CAPSad, diz que se sente bem naquele ambiente, o atendimento psiquiátrico é o momento que tem para rever questões pessoais e profissionais. E, quando participava dos grupos no CAPSad procurava contar um pouco de sua trajetória para auxiliar os demais usuários a repensar suas escolhas e sua vida.

Quanto ao namorado, ex-dependente de drogas, estabelece um vínculo forte pois os dois são bastante companheiros e ele não deixa faltar nada material, a ajuda na criação de coelhos e a apoia emocionalmente.

Nos momentos de lazer gosta de ir para fora, pescar, visitar os pais, cuidar do seu jardim, mas continua envolvida com questões referentes a dependência química, pois cuida do irmão que bebe bastante para que este não beba. Ele a xinga e manda ela cuidar da vida dela. Mas, em virtude do vínculo conflituoso entende que ele a trata assim porque ele bebe e vê que ela conseguiu parar a ingestão de álcool.

Sujeito 2

Ana, 40 anos, sexo feminino cor de pele negra, primeiro grau completo, dois filhos, solteira, reside com a filha de 5 anos em um local em que divide o pátio com a irmã Maria também alcoolista que reside em uma casa no fundo. É uma mulher bastante falante, com um grande carisma, simpática, chora ao descrever sua vida. Não foi criada pelo seus pais, como são oito irmãos, ajudaram a avó materna no cuidado um do outro. Hoje os irmãos residem em Porto Alegre, então não se vêem com regularidade.

Divide seu tempo entre levar a filha pequena para a Creche, cuidar dos afazeres domésticos e ir ao CAPSad, três vezes por semana, onde recebe atendimento médico e psicológico e uma vez por mês vai ao município de Pelotas, onde realiza exames de rotina devido a um câncer de útero. Desde a última recaída há um ano, onde perdeu a guarda da filha por quatro meses devido ao entendimento do Conselho tutelar de que ela não tinha condições de cuidá-la. A condição para o retorno da filha para casa foi que Ana não ingerisse mais bebida alcoólica, pois na próxima recaída não teria a filha de volta. Acessa o Posto de Saúde de seu bairro para consultas da sua filha e dentista.

Ana tem namorado, mas só se vêem aos finais de semana, quando vão a praia e bailes. Diz que adora festas, mas que tem medo de beber, porque sabe que não pode, então quando sente muita vontade de beber acaba indo para casa, lá se sente protegida. Seu filho mais velho de 20 anos, diariamente a visita e a ajuda com os gastos com a filha pequena. Ana recebe a pensão da filha e o auxílio doença com os quais mantém as contas sempre em dia.

Gosta de ir ao CAPSad, pois lá tem bom relacionamento com a equipe e com os demais usuários. Passou por diversas internações no hospital geral e hoje está sem beber. Tem amigos mas, todos bebem então ela considera arriscado, logo evita o relacionamento por ter vontade de beber. Aos finais de semana frequenta a igreja universal diz “ que precisa buscar forças para continuar sua caminhada sem beber”.

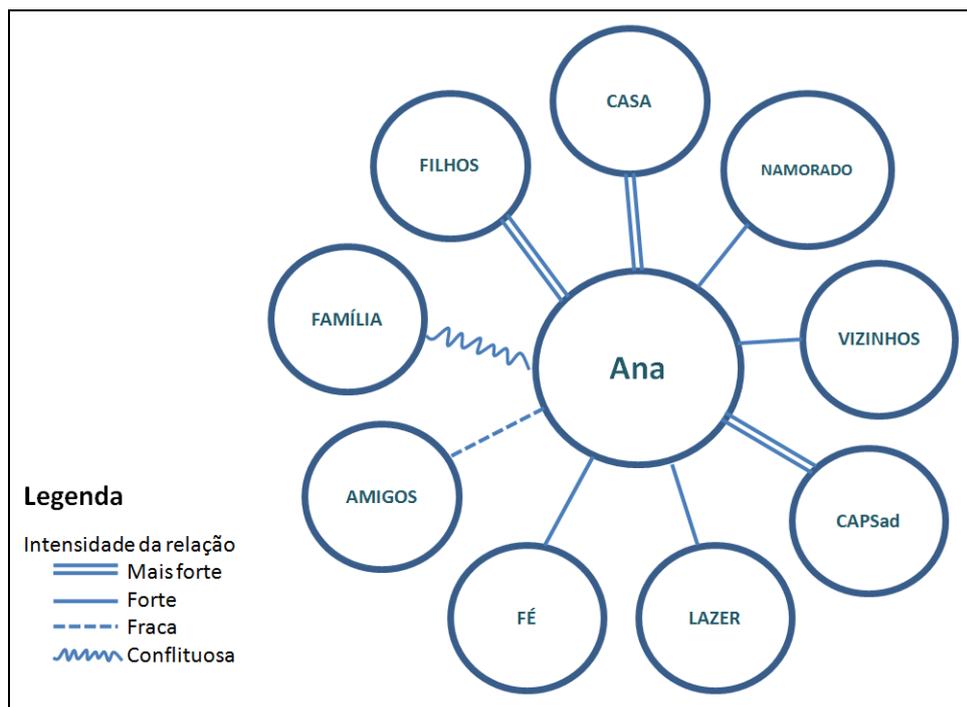


Figura 4 – Ecomapa das relações do Sujeito 2.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Ana, tem vínculo mais forte com o CAPSad, foi os profissionais e usuários que a apoiaram na última gestação em que seu companheiro da época, pai da criança a abandonou para ir morar com a madrinha da criança na época, durante o sexto mês de gestação. Momento difícil mas que Ana superou porque dedicou-se aos últimos meses de gestação e intensificou as idas no CAPSad para não sentir-se só.

Com os filhos de vinte anos e de cinco anos, tem um vínculo muito forte, diz que o mais velho cuida dela e da irmã pequena, ele trabalha e a ajuda quando o dinheiro não chega ao final do mês ou quando atrasa a pensão da filha. Seus filhos são bastante amorosos. Gosta de ficar em casa, sente-se protegida, mesmo com a convivência diária com a irmã alcoolista que vai até sua casa diariamente lhe oferecer álcool, mesmo sabendo que ela não pode beber porque o conselho tutelar a ameaçou de que caso bebesse a filha iria para adoção.

Convive com esse problema, sente vontade de beber, seu namorado bebe e seus amigos e vizinhos também, utilizando a estratégia de que quando começa a sentir vontade de beber volta para casa.

Na igreja encontra forças, tem amigos e conversa com o pastor diz que a espiritualidade é importante para manter-se sem beber.

Sujeito 3

Celina, 50 anos, sexo feminino, cor de pele branca, casada, dois filhos adultos que residem em outro município, mora com o marido, estuda a noite no EJA, com o intuito de concluir os estudos, trabalha com carteira assinada como serviços gerais onde recebe meio salário. Não tem um bom relacionamento com a família e nem profissional. Ao olhar para Cecília, esta demonstra bastante fragilidade, chora bastante, manifesta disponibilidade para participar da entrevista, diz que quer contribuir para a pesquisa. Durante a entrevista oscila entre momentos de docilidade e momentos de agressividade, onde altera a fisionomia e o tom de voz.

Celina acessou o CAPSad após a enchente ocorrida em São Lourenço do Sul em 2011, quando aumentou o consumo de álcool. Tinha problemas de Depressão que aumentaram após o incidente. Recebe Acompanhamento Psiquiátrico, acompanhamento psicológico e participa das Oficinas de Artesanato uma vez por semana no turno da manhã.

No turno da manhã quando não está no CAPSad, cuida dos afazeres domésticos, vai ao Supermercado e faz os temas da escola. À tarde vai para o trabalho de bicicleta, chegando arruma o hotel e às vezes arruma a casa da patroa. Trabalha lá há 40 anos, ganha meio salário mínimo. À noite, vai para a escola e freqüenta os bares com as colegas de aula, momento em que se diverte e relaxa. Quando chega em casa faz a janta e organiza a casa.

Nos finais de semana costuma sair sábado à tarde, gosta de conversar e beber vinho com um amigo em um bar. Ela diz que ele a compreende, ao contrário do seu marido que não a deixa beber. Celina diz que a sua família não aceita que ela beba, inclusive seu filho diz que o CAPSad é um lugar que só freqüenta quem é "VIDA LOUCA." Mas, ela não se importa com o que eles pensam, se submetendo a isso porque não tem condições financeiras para viver sozinha.

Nos domingos costuma trabalhar em suas produções de artesanato em madeira, durante a semana aprende as técnicas no CAPSad para confeccionar em casa, os produtos auxiliam no aumento da renda familiar, tem encomendas e as vizinhas compram seus produtos para dar de presente.

Para Celina, o uso de Álcool “não atrapalha sua vida, pois consegue cumprir com seus compromissos profissionais e pessoais, não tem a intenção de parar de beber porque gosta muito e é o momento em que ela se diverte no dia.”

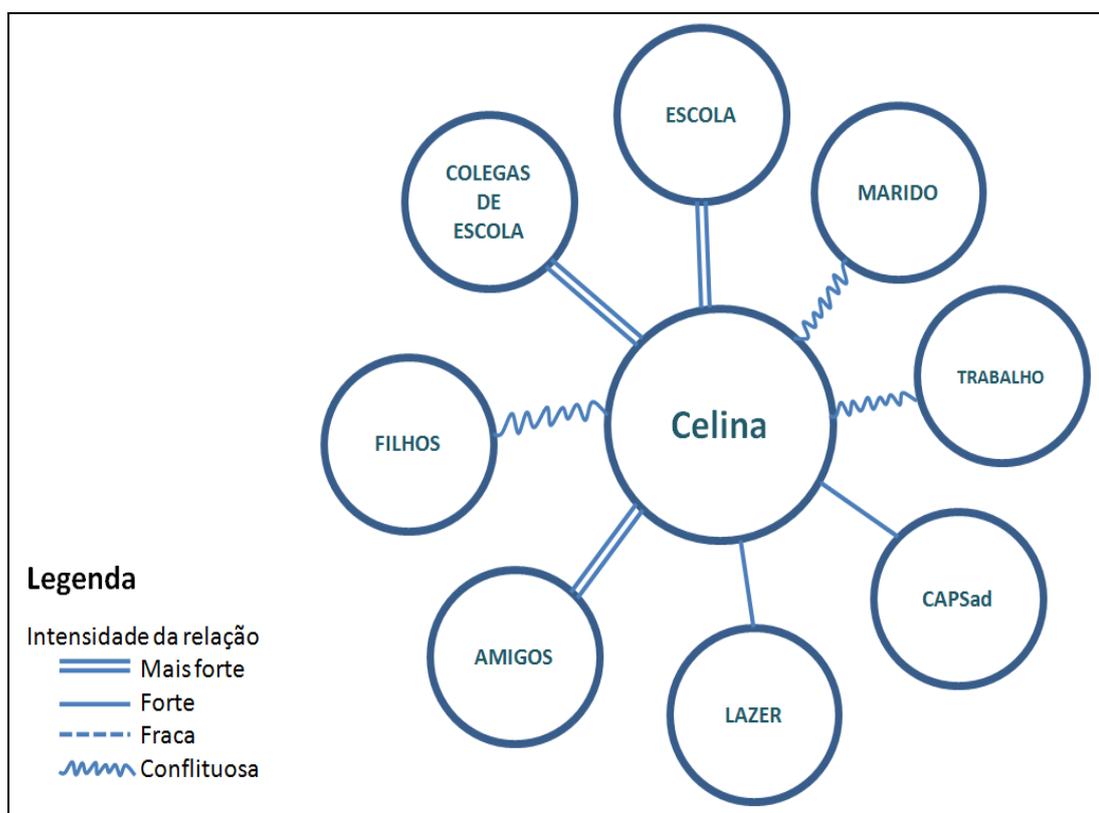


Figura 5 – Ecomapa das relações do Sujeito 3.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Celina estabelece uma relação conflituosa com os filhos e marido, porque estes não aceitam o seu uso de álcool, a acusam e a agredem verbalmente. Quanto ao trabalho e a patroa, verbaliza trabalhar muito e receber apenas um salário mínimo e não ter sua carteira profissional assinada. Se submete porque como trabalha há quarenta anos com a mesma patroa um dia irá receber seus direitos trabalhistas o que contribuirá para comprar sua casa e ter sua vida “ sem depender de ninguém”.

Os familiares não apóiam sua ida para acompanhamento no CAPSad dizem que ela não cessa o uso de álcool porque não quer, se não já havia parado de usar. Verbalizam que no CAPSad só tem gente que não presta, por isso que ela não sai de lá.

É interessante que Celina sorri quando encontra as colegas da oficina de artesanato, percebo que ela se sente aceita no grupo. Como também acontece na escola com as colegas, não falam de álcool, há outros assuntos mais relevantes e que fazem com que ela não se sinta reprimida, excluída ou acusada ao contrário sente-se valorizada. Daí a associação com diversão.

Tem um vínculo forte com a escola, porque com o estudo terá condições de arrumar um emprego melhor, então se dedica e vai as aulas para futuramente cursar uma universidade. As professoras a auxiliam quando apresenta dificuldade e os colegas a incentivam a não desistir mesmo estando muitas vezes cansada não desiste de estudar.

Quanto aos momentos de lazer, tem uma relação forte pois, não abre mão de sábado à tarde conversar com o amigo e beber vinho diz que o momento é de descontração e que ri muito. Quanto as produções de artesanato estão lhe proporcionam muita satisfação porque antes não sabia fazer nada e o marido diz que para “alguma coisa ela serve”.

Sujeito 4

Carlos, 60 anos, sexo masculino, cor de pele branca, casado, terceiro grau completo, aposentado, não tem filhos e mora com a esposa. Usuário de álcool há muitos anos, passou por diferentes tratamentos inclusive fora do município, em Porto Alegre e Pelotas em consultório particular. Chegou ao CAPSad por encaminhamento do hospital geral na época, após uma internação. Permaneceu no serviço durante dois anos, participando na época dos grupos de Promoção a Abstinência e o tratamento médico era realizado em consultório particular. É um homem alto, diz coisas engraçadas e palavrões, com um discurso sofisticado responde as questões de forma acolhedora e demonstra vontade de contribuir para a entrevista, inclusive sugere modificações no tratamento oferecido pelo CAPSad.

Estabelece bom relacionamento com a esposa, ela o entende, ele não gosta de sair de casa foi diagnosticado com Fobia Social há muitos anos atrás quando era jovem. Em casa, cuida dos seus animais de estimação e costuma receber os amigos de sua esposa, de vez em quando nos finais de semana.” Não gosta de gente porque tem Fobia social.” Durante o turno da manhã o casal costuma ficar em casa, tomam chimarrão, conversam, assistem televisão e acessam o Facebook. Perto da hora do meio dia, ele prepara o almoço, adora cozinhar. A tarde a esposa trabalha fora e ele trabalha em sua oficina domiciliar de Marcenaria onde realiza pequenos reparos domésticos.

Gosta de passear de carro na praia, ir ao centro para comprar materiais para a Oficina além de ir ao Supermercado para fazer as compras semanais. Espera a esposa voltar do trabalho para tomar chimarrão na frente de casa. Após, ele prepara o jantar e assistem televisão.

Tem um bom relacionamento com os irmãos que residem em Porto Alegre se falam e se visitam com freqüência. Procura visitá-los pelo menos uma vez no mês. Eles sempre o ajudaram com seu problema com álcool, o levando e acompanhando aos tratamentos desde cedo.

Atualmente, Carlos bebe duas latinhas de cerveja quando tem vontade de beber e diz que não causam problemas. Verbaliza que colocou oportunidades de trabalho fora porque não conseguia cumpri-las, após ter concluído o curso de Administração de Empresas. Hoje como está aposentado, pode ficar em casa e trabalhar no que gosta que é a Marcenaria.

Aos finais de semana a rotina não muda, ele e a esposa gostam de fazer as mesmas coisas. Não tem o hábito de ir à praia, prefere ficar em casa tomando seu chimarrão e conversando com a companheira. De vez em quando recebem amigos para o almoço de domingo que ele prepara.

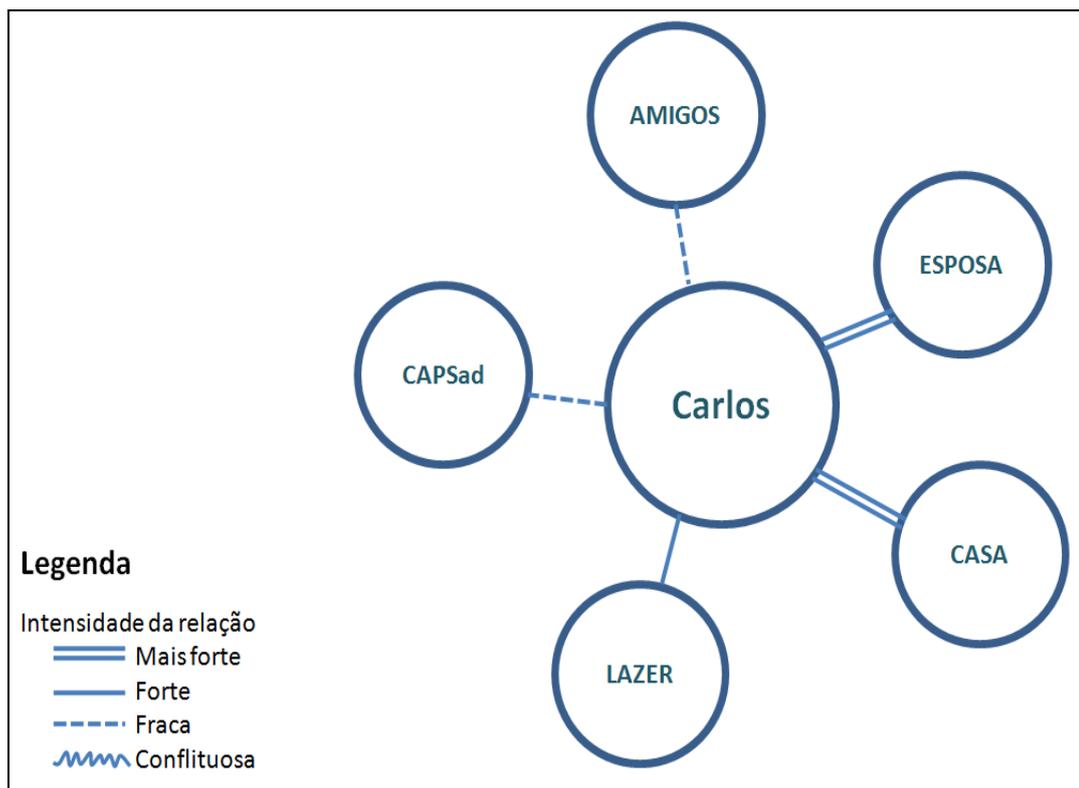


Figura 6 – Ecomapa das relações do Sujeito 4.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Carlos estabelece uma relação fraca com o CAPSad critica a forma de tratamento no CAPSad, diz que tem que a equipe tem de ser mais rigorosa com os usuários freqüentadores do serviço, eles deveriam ter trabalho pesado no CAPSad, como limpeza do serviço e capina como acontece nas Comunidades Terapêuticas. No dia em que teve alta por pedido seu, disse que estava bem pois, havia cessado a ingestão de álcool e que quando precisasse de alguma coisa recorreria ao serviço. Para Carlos, o CAPSad é um local para quem deseja parar de beber, ele não aceita que as pessoas freqüentem o serviço e continuem usando.

Me fez pensar sobre o que faz com que Carlos pense desta forma? O discurso dos profissionais, uma vez que por muito tempo trabalhamos no CAPSad com o modelo da abstinência ou suas internações em clínicas particulares fora do município? Durante a entrevista Carlos verbalizou que ao se dar alta do CAPSad retornou a beber. Logo, teve que se dar alta do CAPSad para retornar a ingestão do álcool. Um CAPSad que aprisiona para não beber ou que liberta para beber? O CAPSad trabalha com as duas modalidades de cuidado a Redução de danos e a Abstinência de acordo com a vontade do usuário.

Ao mesmo tempo ele exige um tratamento endurecido para os demais usuários com trabalho braçal para que parem de beber pois desta forma irão valorizar o tratamento no CAPSad. Procuramos trabalhar de forma humanizada e singular respeitando o desejo de cada um, diferente de Comunidades Terapêuticas que aprisionam e se utilizam do trabalho braçal como recurso de tratamento.

Com a sua casa e a esposa estabelece uma relação mais forte, pois conversam bastante, ele realiza funções de cozinheiro e marceneiro as quais lhe proporcionam muita satisfação.

Tem poucos amigos, logo não tem uma rede social satisfatória diz ter fobia social e não gostar de gente. As pessoas que conhece, na sua maioria são amigos da esposa, prefere receber em casa, sente-se mais protegido. É em casa que tem seus animais de estimação pássaros e cachorro e é uma diversão cuidar deles.

Sujeito 5

Vagner, 50 anos, sexo masculino, cor de pele branca, casado, segundo grau completo, reside com a esposa e a filha, trabalho formal como padeiro. Não ingere álcool há oito anos. Recebeu alta do CAPSad há três anos, onde foi encaminhado para um Centro de Geração de Renda da Rede de Saúde mental do município chamado Locomotiva. Lá, realizou cursos profissionalizantes de: Panificação, Eletricidade e Palha de milho, voltados ao mercado de trabalho. É um homem alto, forte, muito simpático, falante e motivado a participar da entrevista.

Atualmente, trabalha como padeiro em um Supermercado, oito horas diárias, além de realizar serviços particulares de eletricista a domicílio, paralelamente realiza trabalhos de artesanato para venda, contribuindo para o aumento da renda familiar. A esposa e a filha o apóiam e com elas mantém um relacionamento afetivo harmonioso.

Tem um ótimo relacionamento familiar com os irmãos da esposa e com a sogra. Com relação aos seus irmãos, andam afastados em virtude de discussão devido à divisão de herança.

Durante a semana trabalha e volta para a casa. Verbaliza que gosta de ficar em casa na companhia da esposa, conversam e tomam chimarrão. Quando não se sente bem é com a esposa e a filha que conversa e nelas encontra apoio.

Há cinco anos perdeu seu outro filho em um acidente de carro. Foi muito difícil e acabou buscando a Casa da Paz (centro espírita), para conseguir lidar com aquela perda, ainda hoje frequenta semanalmente, às quintas-feiras à noite. Nas quartas-feiras, paralelamente integra com a esposa o Coral da igreja evangélica, o que lhe causa grande satisfação.

Seus amigos são do tempo do CAPSad e da Locomotiva, todos tiveram alta do serviço mas, deram continuidade as relações interpessoais, se visitam, se encontram no calçadão do centro para conversar e tomar chimarrão.

Aos finais de semana, costuma ir ao município de Canguçu, visitar familiares ou ir para a praia com a família em São Lourenço do Sul. Às vezes, recebe familiares para chimarrão e churrasco. Costuma ir ao culto com a esposa e voltar para a casa para suas produções de artesanato.

Com relação a sua saúde, uma vez por mês acessa o Posto de Saúde Central, onde consulta com médico clínico para problemas de hipertensão ou para pegar a receita de seus medicamentos.

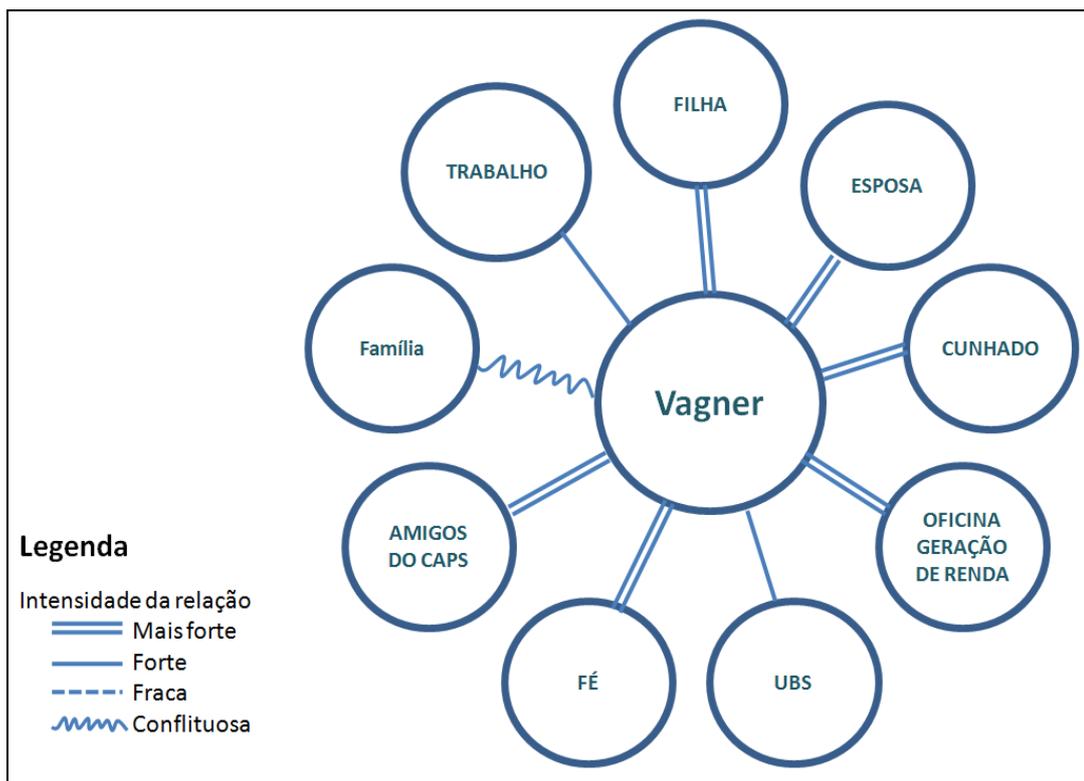


Figura 7 – Ecomapa das relações do Sujeito 5.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Com relação ao Vagner, ele tem ótimo suporte familiar, estabelece forte relação com a esposa, com a filha e com os familiares da esposa (Sogra e cunhados). Com seus irmãos tem uma relação conflituosa em virtude de herança dos pais onde não se acertaram na divisão de bens.

Tem ótima relação com os serviços de saúde mental, CAPSad e Locomotiva, associa sua vida atual e conquistas profissionais e pessoais ao acompanhamento recebido durante a fase que bebia bastante. Foi através dos serviços que criou uma rede social, pois seus amigos são oriundos dos serviços. Através da Locomotiva participou de cursos profissionalizantes que proporcionaram a profissão de Padeiro em um supermercado do município. Além do trabalho informal como eletricitista e artesão que acabam acrescentando na renda familiar.

Frequenta a igreja e o centro espírita, pois com a perda do filho achou necessário o investimento na espiritualidade e na igreja participa do coral, onde tem a oportunidade de cantar o que lhe causa muita satisfação pessoal.

Tem forte relação com seu tratamento para hipertensão e alcoolismo, ainda hoje recorre ao serviço de saúde para cuidar de sua hipertensão.

Sujeito 6

Jeremias, 71 anos, sexo masculino, cor de pele negra, primeiro grau incompleto, solteiro, dois filhos com quem não teve nunca relação, aposentado, mora sozinho, estabelece um bom relacionamento com os irmãos de criação, o vizinho e com duas sobrinhas de sangue.

Realizou acompanhamento no CAPSad por sete anos, durante os últimos dois anos dividia o tempo entre o CAPSad e o Centro de geração de Renda, a Locomotiva, acabando por ter alta gradativamente. Na Locomotiva, aprendeu o trabalho de artesanato em palha de milho, o que proporciona hoje, a realização de trabalhos em artesanato, que ele comercializa aos finais de semana nos eventos do município.

Durante a entrevista, Jeremias informou que nunca precisou do tratamento no CAPSad, mas em virtude de ter sido bem acolhido por um profissional, ficou se sentindo na obrigação e não conseguiu dizer que não queria ficar. Com o tempo, vinculou à equipe, ganhava comida e remédio da prefeitura, fez amizades que duram até hoje e foi permanecendo no serviço até o dia da sua alta. Verbalizou que seu infarto há três anos, foi em decorrência da medicação prescrita pelo médico do CAPSad, porque quando foi transferido para o setor de Cardiologia de um hospital em Pelotas, o médico que o atendeu lá, falou para ele.

Jeremias foi adotado por uma família de boas condições financeiras quando tinha oito anos, essa família tinha propriedade na zona rural com criação de animais, na época quem cuidava para que os animais não fugissem era ele, motivo esse que contribuiu para que ele abandonasse os estudos na primeira série, contra a sua vontade. Conta que seu maior sonho sempre foi “ter estudo”. “Já sou um negro bonito e inteligente imagina se eu tivesse estudo”. Segundo ele, a família que o adotou sempre foi bastante afetiva, nunca lhe faltou nada de roupa e alimentação.

Apresenta um grande círculo de amizades na cidade, mora atualmente sozinho e cuida dos afazeres da casa como: limpeza, alimentação e lavagem de suas roupas no turno da manhã. À tarde vai para a Locomotiva, lugar que segundo ele é “a sua segunda casa.” À noite, chega em casa faz chimarrão e senta na frente de casa para conversar com quem passa na rua e o vizinho.

Nos finais de semana, costuma participar de eventos do município com outros colegas da Locomotiva, comercializando os produtos produzidos durante a semana no serviço e fazendo novas amizades.

Costuma receber amigos em casa, diariamente ao sair da Locomotiva passa pelo Centro, onde encontra os amigos do tempo do CAPSad, eles tem por hábito conversar na esquina do Banrisul.

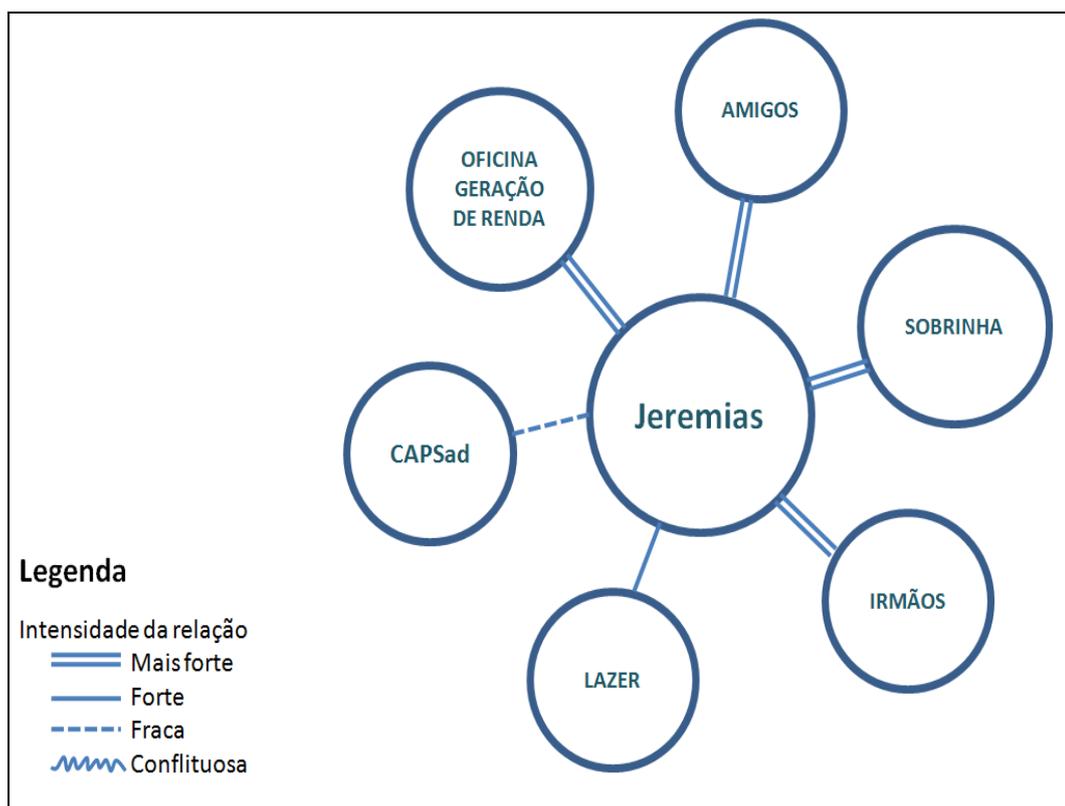


Figura 8 – Ecomapa das relações do Sujeito 6.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Com relação ao Jeremias estabelece uma relação forte com a oficina de geração de renda, Locomotiva, local que lhe acolheu no período de alta do CAPSad III e onde formou sua rede de amizades. Tem uma relação forte também com os irmãos adotivos, com as sobrinhas de sangue e com os amigos. Mostrando a

importância da rede social na vida das pessoas pois, apesar de viver só em sua residência não sente solidão.

Costuma cuidar de sua casa, de sua alimentação, gosta de tomar chimarrão com o vizinho com quem tem forte relação, diz que quando chega à tardinha em casa sentam na frente para conversar e saborear um bom chimarrão.

Associa seu infarto há três nos atrás as medicações prescritas no CAPSad mesmo com a explicação do médico do serviço de que estas não influenciaram o incidente. Verbalizou que nunca necessitou do acompanhamento no CAPSad mas, em virtude de ter sido bem acolhido por um profissional sentiu-se constrangido de dizer que não precisava de tratamento.

Como Jeremias foi abandonado na infância demonstra necessidade de demonstrar gratidão e agradando as pessoas com o intuito de ser aceito, não sendo rejeitado novamente.

A rede social contribui para que sintam-se bem, alimentando as relações com sua simpatia e disponibilidade seja com os trabalhadores dos serviços, vizinhos, irmão de criação, sobrinhas, antigos usuários dos serviços de saúde mental que freqüentou ou pessoas que conhece nos eventos que participa vendendo seus produtos de artesanato.

Costuma ir a bailes, passear no centro da cidade, conversa com a roda de amigos na frente do Banrisul, não sentindo solidão.

Sujeito 7

Joaquim, 50 anos, sexo masculino, cor de pele negra, separado, recebe auxílio doença, dois filhos com quem tem um relacionamento conflituoso. Bastante simpático, prestativo e dócil. Um homem baixo, magro e reservado. Demonstrou muita vontade em participar da pesquisa, interessando-se quanto aos objetivos do estudo.

Foi casado, hoje vive só, não tem nenhum relacionamento com a ex-esposa e ele associa a relação conflituosa com seus filhos ao uso de Álcool. Diariamente

frequenta o CAPSad, quando não tem algum “ Bico” (trabalho informal de jardinagem). À noite vai à Escola, onde cursa o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) retornando após o término das aulas para casa.

Seu ciclo de relações é restrito ao CAPSad. Tem relacionamento favorável com a equipe e demais usuários. No serviço, realiza Acompanhamento Médico para problemas de Hipertensão, Depressão e Alcoolismo, além de participar das Oficinas de Bocha e Pesca, com as quais é bastante envolvido. Jeremias passa bastante tempo no CAPSad, lá assiste televisão, toma leite para suas dores de estômago, conversa com profissionais e usuários do serviço, participa da oficina de pesca e atendimentos, de vez em quando dorme no serviço em função da hipertensão e por não ter quem cuide dele. Lava suas roupas, toma banho e verbaliza que gosta de estar no CAPSad. Vive em precárias condições de moradia, mas mesmo assim cuida diariamente dos afazeres domésticos e mantém a casa organizada.

Ingere álcool diariamente, queixa-se de solidão, do abandono dos filhos, não gostando de ir para casa, durante o dia faz os temas no CAPSad, com o apoio de um profissional ou de um outro usuário quando demonstra dificuldades principalmente na matemática. Encontra-se sempre arrumado e é caprichoso com seu cuidado pessoal.

Gosta de pescar aos finais de semana ou vai ao CAPSad assistir o futebol na televisão com integrantes da equipe e com outros usuários. Gosta de almoçar no CAPSad, porque conversa com os profissionais e garante que o lixo do serviço seja colocado na rua, tomou para si essa incumbência. Participa ativamente das Assembléias do serviço, sugerindo mudanças para melhor organização das rotinas e questiona profissionais ou usuários quando ocorre uma situação indesejada no serviço.

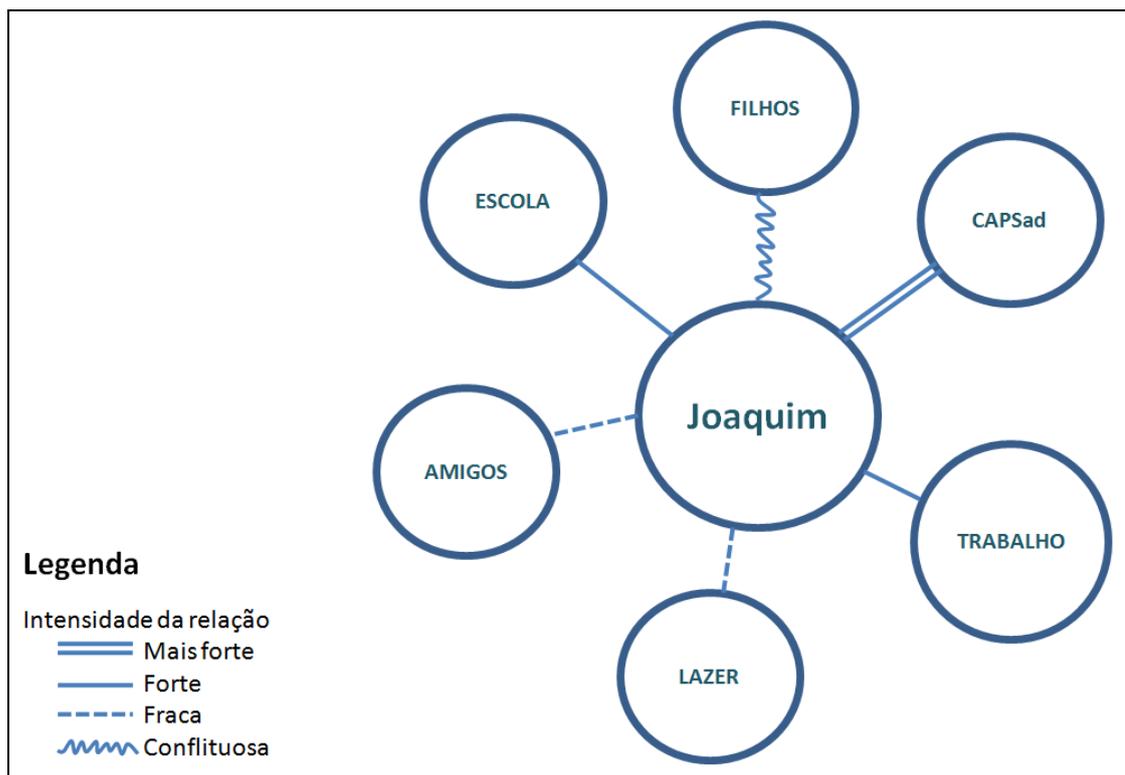


Figura 9 – Ecomapa das relações do Sujeito 7.

Fonte: dado extraído da entrevista.

Joaquim tem forte relação com os profissionais do CAPSad, com os demais usuários do serviço e com os colegas e professores da escola. Não tem relação nenhuma com a ex-esposa e com os dois filhos tem uma relação conflituosa que associa com seu problema de beber, pois muitas vezes se tornava agressivo.

No CAPSad verbaliza sentir-se bem, recebe atenção e é cuidado, de acordo com a necessidade que apresenta, queixa-se de solidão. Parece ser sua segunda casa, pois lá, realiza refeições, recebe afeto, participa das atividades, faz sua higiene pessoal, cuida dos afazeres como se fosse sua casa. Sua rede de relações é restrita ao CAPSad e aos professores e colegas da escola, que o acolhem quando chega alcoolizado na sala de aula.

Verbaliza que tem vontade de estudar para ter uma profissão, mesmo com dificuldades freqüenta diariamente as aulas, com os deveres realizados e participa das aulas. Atualmente recebe o auxílio doença e aumenta sua renda com o trabalho informal de jardineiro.

Aos finais de semana tem como lazer pescar no arroio São Lourenço e assistir jogo de futebol no CAPSad em virtude de não ter televisão em casa. Que bom que o serviço pode oferecer afeto, banho, alimentação, cama e televisão para uma pessoa que não tem recursos financeiro e emocional além do CAPSad. Faz-se necessário ofertar cuidado de acordo com que cada um necessita. Construimos o projeto terapêutico de acordo com as necessidades singulares e específicas de cada usuário, ofertamos a televisão, alimentação uma vez que alguns não têm relações sociais e moradia adequada. Esses recursos contribuem para que a pessoa sinta-se integrante do serviço, com as suas especificidades respeitadas e necessidades do momento atendidas. Precisa-se olhar para além do serviço, das prescrições e medicações só assim ofertaremos o cuidado integral.

5.4 O significado das escolhas – cotidiano a partir do gênero e do suporte social

Começarei descrevendo e analisando as trajetórias de vida das três mulheres entrevistadas e posteriormente as dos quatro homens entrevistados. Foi observado que as trajetórias de vida dos sete sujeitos são distintas, pois, estas dependem da rede de apoio e das relações estabelecidas com o meio e o território em que circulam.

Mirelle, 36 anos durante a semana de segunda a sexta-feira, trabalha com oficinas de artesanato na Unidade de Dependência Química do hospital geral, atividade que a gratifica muito, uma vez que gosta de trabalhar com essa clientela. Dedicando-se a procurar novas técnicas para enriquecer os trabalhos e tem paciência para ensinar. Fora do horário da atividade de artesanato, realiza grupos de conversa sobre diferentes temáticas e nas demais atividades da unidade.

Não se sente pertencente a equipe, pois segundo ela, por não ser convidada para as reuniões de equipe e por não participar do planejamento e da tomada de decisões com relação às atividades da Unidade. Dificilmente conversam com ela, devido a esse fato, fica mais perto dos usuários. Estes após a alta hospitalar costumam freqüentar sua casa para tomar chimarrão.

O trabalho foi proposto pelo médico da Unidade, como condição teria que manter o acompanhamento no CAPSad e não fazer uso de bebida alcoólica. A usuária resolveu aceitar a proposta, há algum tempo não trabalhava formalmente. Havia trabalhado anteriormente na escola de alemão de sua mãe, mas devido ao uso de álcool, não conseguia cumprir com seus horários, o que colaborou para seu afastamento da escola e agravamento da relação com a mãe, que a chamava de irresponsável e nunca compreendeu o problema da filha com o álcool.

Mirelle, estabelece ótima relação com o pai, pastor da igreja evangélica, que a compreende e a aceita com todas as dificuldades vivenciadas até hoje, uma vez que ela teve uma série de relacionamentos afetivos frustrados, abandonou a faculdade de letras, acabou se expondo na comunidade em que o pai é pastor e acredita que causou muita vergonha aos pais.

Com relação ao trabalho, este despertou o desejo de cursar Terapia Ocupacional, o que possibilitará a realização de um sonho, abrir sua Comunidade terapêutica no interior do município, seus pais tem bastante campo o que permite com que realize esse sonho, necessitando de uma formação para enriquecer o cuidado com usuários de substâncias. Acaba se submetendo a equipe porque ao receber seu salário mensal, investe em uma conta bancária com o firme propósito de construção da Comunidade Terapêutica.

Estabelece uma relação satisfatória com seu namorado, este também é usuário de substâncias e a compreende nos momentos difíceis, foi através dele que conseguiu sair da casa dos pais, sente que vive melhor com ele, não há tanta pressão. Ele a apóia e a incentiva a lutar por seu sonho, ele também custeia seus gastos diários com moradia, vestuário e alimentação. A tardinha quando chegam em casa após o trabalho, a ajuda a organizar a casa, tomam chimarrão e conversam sobre o dia de trabalho.

Para aumentar a renda, no jardim da casa tem uma criação de coelhos, que acabam vendendo para conhecidos da Comunidade. O dinheiro originado das vendas também é destinado ao banco para a abertura da Comunidade Terapêutica.

Aos finais de semana, costuma ir para a chácara dos pais, lá reside o irmão também alcoolista que não consegue suspender o uso de álcool, então ela conversa

com ele e cuida para que ele não saia de casa para beber em um bar próximo a chácara. Entende que tem que ajudá-lo porque sabe como é difícil, mas ele não aceita a ajuda dela porque não deseja parar de beber.

Na chácara cuida de seu jardim, pesca no açude, namora e toma chimarrão com os pais e o namorado. Diz que é muito terapêutico para ela, por vezes se pega pensando em como será sua Comunidade Terapêutica naquele espaço, e como irá ajudar muitas pessoas usuárias de substâncias.

Ana, 40 anos, durante a semana frequenta o CAPSad três dias, após deixar a filha pequena na creche, no CAPSad participa de atividades, recebe acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Durante os atendimentos e oficina tem muitas relações, com usuários do serviço e profissionais, com quem compartilha sua vida, aspectos positivos e negativos.

Ano passado, após uma recaída do uso de álcool e o diagnóstico de um câncer de útero, teve a filha pequena retirada de seus cuidados, pois o conselho tutelar entendeu que ela estava sem condições de cuidar da filha, uma vez que estava bebendo muito e negligenciando seu papel de mãe, pois não levava a criança para a creche, faltava consultas com pediatra e a casa onde moram estava desorganizada. A condição para que a filha retornasse para a mãe era de que ela deveria estar em acompanhamento no CAPSad e que suspendesse o uso de álcool. Após quatro meses do afastamento do convívio com a sua filha, a mesma retornou para casa. Desde então, Ana não ingeriu álcool e intensificou os cuidados com filha, levando-a diariamente a creche e as consultas pediátricas mensais no posto de saúde do bairro.

Tem uma relação conflituosa com a irmã também alcoólista, diz que a irmã oferece bebida alcoólica para ela, mesmo sabendo que ela não pode beber, convive com esse problema diariamente uma vez que as duas dividem o mesmo pátio. Com o restante dos irmãos tem boa relação, mas em virtude de residirem em Porto Alegre se vêem esporadicamente. Os irmãos cuidaram na infância, uns dos outros, devido a mãe portadora de sofrimento psíquico se atrapalhava com o cuidado dos seis filhos.

O namorado de Ana, é compreensivo e amoroso com ela e com os filhos, namoram somente aos finais de semana, vão à praia e a bailes. Quando sai com o namorado, seu filho mais velho cuida da filha pequena. O filho mais velho a ajuda a cuidar da filha e financeiramente, não deixando que falte nada a mãe e a irmã.

Seus amigos, atualmente estão restritos ao CAPSad, pois os demais fazem uso de álcool e ela evita o convívio, por receio de voltar a beber. Convive com o receio de voltar a beber, pois implicaria na perda da filha novamente, segundo ameaça do Conselho Tutelar.

Além de participar do CAPSad três vezes por semana, mensalmente consulta no município de Pelotas, com médico oncologista. Em virtude do câncer, recebe auxílio doença o que ajuda na manutenção de seus gastos e da filha.

Participa aos domingos do culto da igreja, o discurso do pastor e a troca de experiências com os demais participantes, contribuem para que ela se renove e volte para casa mais otimista com relação à vida. Sendo um local de lazer e de fé, uma vez que enquanto está lá não pensa nos problemas com o álcool. Nos demais locais que frequenta, ela diz que tem sempre a preocupação de que não pode beber. Nos locais de diversão, onde há bebida alcoólica e música ela evita por medo de recair, pois para ela álcool e música são fatores de risco para o seu alcoolismo.

Ana, submete-se as condições impostas pelo Conselho tutelar, ou seja, não pode ingerir bebida alcoólica e tem a obrigatoriedade de frequentar o tratamento no CAPSad, como critérios para não perder o pátrio poder sobre a filha. Assim, como Mirelle, se submete as regras impostas pela equipe do hospital que estabeleceu como condição para manutenção de seu trabalho, manter-se sem a ingestão de álcool e em acompanhamento no CAPSad. Apesar da imposição de tratamento e de abstinência, ambas optaram por não beber em prol de um objetivo maior: exercer as funções maternas e uma atividade profissional.

A terceira entrevistada, Celina, 60 anos, tem um relacionamento familiar conflituoso, pois seus dois filhos e marido, não aceitam que ela utilize bebida alcoólica. Acabam a agredindo verbalmente e não concordam que ela acesse o CAPSad, pois esse é um local de pessoas com problemas e que não mudam de vida, seguem usando substâncias.

A relação profissional com a patroa é conflituosa, a patroa exige que ela faça todo o serviço, no estabelecimento comercial e na residência e em troca a remuneração é de meio salário mínimo e a carteira profissional não é assinada, mesmo trabalhando há quarenta com a mesma empregadora. A patroa também a trata de forma desrespeitosa, pois a chama de bêbada e diz que ninguém lhe daria uma oportunidade profissional a não ser ela. Como Celina não consegue parar de beber acaba se submetendo a patroa, pois é dela que vem sua única forma de renda. Agora, com suas produções de artesanato, conseguiu mais uma forma de ganhar dinheiro, só que ainda muito pouco. Necessitando manter o trabalho com planos de futuramente solicitar seus direitos trabalhistas e assim poder realizar o sonho de ter a sua casa e um trabalho melhor somente assim se tornará independente.

À noite, Celina frequenta o EJA, onde estabelece relações com as demais colegas e professoras. É bastante responsável com os trabalhos e tarefas de casa, pois almeja futuramente cursar a universidade e diz que através dos estudos poderá ter uma ocupação melhor remunerada. No final das aulas, ela e as colegas, costumam ir para o centro da cidade, onde conversam e tomam vinho e cerveja. Após ela vai para casa cuidar das atribuições domésticas.

Ao descrever Celina, observo o mesmo funcionamento das outras duas mulheres entrevistadas, a mesma se submete ao marido e a patroa, porque necessita do trabalho e da moradia, por não ter condições de manter-se sozinha, acredita que hoje precisa submeter-se para futuramente através do estudo mudar sua vida. Ou seja, as três mulheres demonstraram sonhos e tem projetos para o futuro: ter uma Comunidade Terapêutica, Conviver com sua filha e conquistar sua independência.

A inserção das pessoas na sociedade se dá por meio das relações que desenvolvem durante o curso da sua vida, primeiramente no âmbito familiar, em seguida na comunidade em que vivem, na escola e no trabalho. Por isso, as relações que as pessoas desenvolvem e mantém é que fortalece a esfera social. A própria natureza humana nos une a outros indivíduos e estrutura a sociedade em rede. No interior das redes sociais, cada indivíduo tem a sua identidade cultural e sua função (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

Com relação aos homens entrevistados, começo falando sobre a trajetória de vida de Carlos, 60 anos, há dois anos pediu alta do CAPS, segundo ele, estava sem ingerir álcool, não necessitando mais de suporte do serviço. Na época participava somente dos grupos de promoção a abstinência. Seus atendimentos médicos sempre se realizaram fora do município, em Porto Alegre e Pelotas, com profissionais de reconhecimento nacional.

Diariamente Carlos no turno da manhã convive com sua esposa em sua residência, realizam atividades em comum, ler, tomar chimarrão, assistir televisão, ambos são parceiros em todos os momentos. Ele recebeu há muito tempo atrás o diagnóstico de Fobia Social, o que associa ao fato de não gostar de pessoas e seu desconforto em atividades em público.

Diariamente tem por hábito preparar o almoço, atividade que lhe dá grande satisfação. A tarde costuma trabalhar em sua oficina de marcenaria montada na sua residência, realizando pequenos consertos domésticos. Após cuida de seus pássaros e seu cachorro, enquanto a esposa vai ao trabalho. À tardinha, sentam na frente da casa para olhar o movimento e tomar chimarrão. Após, ele vai para a cozinha preparar o jantar, assistem televisão e vão dormir.

Tem ótima relação com os irmãos, foram estes que o incentivaram a buscar tratamento para o Alcoolismo, na época residiam em Porto Alegre. Visita-os uma vez por mês quando vai com a esposa a Porto Alegre.

Seu círculo de amizades é restrito aos amigos da esposa, que esporadicamente os recebe em casa, momento em que Carlos se dispõe a cozinhar para não interagir na roda de conversa. Usa como desculpas para não participar, o fato de ter que cozinhar. Não costuma visitar ninguém.

Sua ligação com o mundo é através da esposa, acaba por viver a vida dela, é ela quem o mantém atualizado quanto às notícias da comunidade.

Realiza seu acompanhamento médico em consultório particular, em virtude de ter como pagar especialistas na área.

Apesar de uma rede social restrita, Carlos vive bem juntamente com a esposa. Não há necessidade de uma rede social maior. Construiu em sua casa a

oficina de marcenaria, tem acesso ao médico em consultório quando necessário, cozinha diariamente, assiste televisão.

Embora tenha possibilidades de acesso a diferentes dispositivos na comunidade e devido a sua condição econômica teria muitas possibilidades de lazer, seu cotidiano fica restrito a sua casa.

Quanto a trajetória de vida de Vagner, 50 anos, estabelece ótimo relacionamento com a esposa, com a filha e com os familiares da esposa. Com seus irmãos, não tem mantido contato devido a problemas na divisão de herança deixada por seus pais.

Vagner trabalhou durante muito tempo como assador em um importante restaurante do município, devido aos problemas com o álcool, acabou perdendo o emprego, não recebendo nova oportunidade de trabalho nessa área, em outro restaurante. Em virtude disso, acabou aumentando o consumo de álcool, momento em que procurou o hospital para desintoxicação, sendo na alta encaminhado ao CAPSad há oito anos atrás.

No início do tratamento, freqüentava o serviço três vezes por semana, onde participava de oficinas de reabilitação e participava dos grupos de promoção a abstinência com a psicóloga. Comparecia as consultas bastante motivado e em seu discurso manifestava o desejo de retornar ao mercado de trabalho.

À tarde participava da Locomotiva com outros usuários do CAPSad, onde aprendeu a técnica de artesanato de palha de milho e participou de cursos profissionalizantes de eletricitista e padeiro. Com esses cursos elaborou currículos e entregou no comércio. Há três meses foi chamado para ocupar a vaga de padeiro no supermercado da cidade, novamente retornou ao mercado de trabalho com os direitos trabalhistas assegurados, de acordo com a função exercida.

Vagner tem ampla rede social, amigos do Centro espírita, os amigos do coral da igreja, familiares, colegas de trabalho, amigos do CAPSad e da Locomotiva, que associados as suas características pessoais como: carisma, simpatia, humildade, iniciativa, contribuem para a ampliação desta rede.

As características pessoais, a possibilidade de acesso aos recursos disponíveis, condição financeira, história da doença, história de vida, recursos internos, apoio emocional e social, ausência ou presença de familiares e amigos são importantes dispositivos que impulsionam as escolhas pessoais e a formação da rede social das pessoas.

A rede de Saúde e intersetorial, os trabalhadores devem estar atentos e informados, estabelecendo elos de conexão estabelecendo trocas com os usuários, oferecer outras possibilidades além das existentes, com escolhas mais democráticas, serviços organizados de forma a respeitar a vontade ou interesse por tal atividade. Avaliando sistematicamente as necessidades da rede, dos anseios e necessidades do público alvo antes de levantar propostas, ter um cardápio de opções, cardápio extra saúde e outro intra CAPS pois, sem diálogo, os serviços estarão vazios, Política álcool e drogas de cima para baixo sem pesquisas, sem escuta dos profissionais e usuários.

A integralidade pode ser entendida como o todo, partindo do princípio que é importante pensar o indivíduo num contexto que faz parte deste todo, que vai desde o seu corpo físico até a sua inserção no seu contexto local, social, econômico, político e cultural, onde tudo está em constante interação. Isso implica conhecer como vivem os sujeitos, suas histórias de vida, o que se traduz em diferentes expectativas, vivências e potencialidade para cada indivíduo e para contexto. O indivíduo é um produto e é produtor social (RAYNAUT, 2006).

Griep et al. (2005), definem rede social e apoio social como segue: a rede social (social network) pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida. O apoio social (social support) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas e pode ser medido pela percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo).

As mesmas autoras ainda enfatizam que o apoio social que as redes proporcionam remetem ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Elas referem ainda, que esse apoio ressalta os

aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença de eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui para o sucesso do tratamento (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Para as autoras, outro efeito do apoio social seria a sua contribuição no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas. Nesse sentido, poderia ser um elemento a favorecer o empoderamento, processo no qual os indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos.

A estrutura de administração de serviços sociais e de saúde em um município deve seguir na perspectiva de oferecer suporte adequado, em serviços que se interligam, como de Saúde, Educação, Serviço Social entre outros, necessários ao bem-estar do cidadão.

Para Franco e Merhy (2005), o desafio que se coloca aos trabalhadores de saúde é o de organizar serviços que sejam capazes de proporcionar novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de um modelo centrado tecnologias leves, com atenção e cuidado humanizado, em que as relações profissionais e usuários se aproximem, podendo esses ter atendimento como desejam.

Quanto a Jeremias, este freqüenta a Locomotiva com quem estabelece uma relação forte, participando das oficinas de confecção em Palha de Milho, cujos produtos vende em eventos do município, eventos que acabam contribuindo para o aumento de sua renda e também através desses eventos acaba ampliando sua rede de relações, é um senhor simpático e comunicativo.

Tem ótima relação com os irmãos de criação, pois pode contar com eles em todos os momentos. Interessante, que percebi grande afeição e gratidão enquanto falava da família, mas foi através do trabalho na fazenda dessa família, que deixou de realizar seu maior sonho aos nove anos, deixar de estudar. Com as sobrinhas

biológicas, também tem um vínculo forte, estas o visitam com frequência e se preocupam com ele.

Quanto ao CAPSad, local em que começou a mudar sua vida, pois foi lá que parou de beber e através deste serviço foi encaminhado a Locomotiva, percebo que este não gosta de voltar a esse lugar em virtude de reviver aquela época, em que se encontrava bastante fragilizado. Inclusive se vai ao CAPSad, acaba revivendo um momento em que prefere negar, dizendo que nunca precisou ficar naquele espaço, acabou ficando por gratidão. A mesma gratidão que manifesta pelos irmãos mais velhos. Os amigos com quem estabelece uma relação forte também são oriundos do CAPSad.

Já Joaquim, seu círculo de amizades, se restringe ao CAPSad, com os profissionais e com os usuários do serviço, acaba sendo seu apoio social. Estabeleceu uma espécie de dependência, pois acaba bebendo com o intuito de ocupar os leitos do CAPSad desde que passou a funcionar 24h. É no CAPSad que ele tem acesso a televisão, comida quente, relações. Acabou distanciando-se da família em virtude do álcool pois, tornava-se agressivo.

O CAPSad acaba cumprindo também esse papel, de propiciar um ambiente acolhedor e que ofereça aos usuários que não tem essas possibilidades em suas casas. É mais fácil oferecer um projeto de acompanhamento às pessoas que tem uma maior rede social ou apoio social. Difícil acaba sendo, pensar em um suporte de cuidado e de inserção aos usuários que tem uma limitação de recursos.

Fico pensando o que temos no território de São Lourenço do Sul, para as pessoas que não tem recurso financeiro para acessar dispositivos fora do CAPS que permitam lazer e diversão. São Lourenço tem uma rede intersetorial e de Saúde diversificada, mas não há opções de lazer e diversão que sejam gratuitas, a não ser a praia. Isso precisa ser pensado pelos profissionais. Quais recursos podem ser criados no território, para os usuários e comunidade em geral de baixa renda, tenha acesso a outros dispositivos? Retorno de novo ao Cardápio de possibilidades além dos serviços de saúde.

As escolhas por diferentes trajetórias acabam sendo determinadas, pelos recursos de cada sujeito, características pessoais e histórias de vida. Quanto maior a rede social, maior a possibilidade de acesso.

Entre as mulheres entrevistadas, duas trabalham fora e uma recebe auxílio doença. Contrariando às expectativas, parece existir pouca relação, em mulheres, entre trabalhar em tempo integral e ter problemas com álcool (Wilsnack e cols.,1994).

Através da reestruturação do sistema de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico e usuários de substâncias, se reintroduz o indivíduo na sociedade, convidando outros atores para a participação no processo de seu tratamento: o campo profissional e os círculos sociais mais próximos. É muito importante o estabelecimento das redes sociais, dos apoios sociais e da inserção em campos de sociabilidade mais amplos, tanto do ponto de vista da reestruturação de um cotidiano, repetidas vezes desfeito pelo sofrimento psíquico e uso de substâncias, quanto também pode auxiliar no tratamento, por meio dos diversos dispositivos de solidariedade e apoio oferecidos por atores que não necessariamente do campo médico (FONTES, 2007).

A inserção de pessoas na sociedade se dá por meio das relações que desenvolvem durante o curso da vida, primeiramente no âmbito familiar, em seguida na comunidade em que vivem, na escola e no trabalho. Por isso, as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm é quem fortalece a esfera social. A própria natureza humana nos une a outros indivíduos e estrutura a sociedade em rede. No interior das redes sociais, cada indivíduo tem a sua identidade cultural e sua função. Sendo assim, sua relação com os outros indivíduos vai formando um todo conexo que forma a rede (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

Dos sete entrevistados, pode-se perceber a importância da rede de relações sociais, cada um com as suas singularidades com importante relevância a família, pois quem tem relações familiares significativas consegue satisfação em outros âmbitos da vida seja trabalho, realização pessoal, escola e tratamento. O apoio da família e dos amigos proporciona a pessoa segurança, e até mesmo coragem para alçar novos vôos em busca do desconhecido. Quem tem vínculos fortes apresentou uma rede maior social.

Estudos que tratam sobre o consumo de álcool entre mulheres são escassos e pontuais, mas há informações de bases nacionais que destacam o número de barreiras de ordem estrutural, social, cultural e pessoal enfrentadas por essa população.

Com relação as três mulheres entrevistadas, a sujeito 1, tem vínculo forte com o pai, que segundo ela é a figura com quem pode contar nos momentos bons e ruins. A sujeito 2 verbaliza vínculo forte com o CAPSad e com os filhos e a sujeito 3 com o CAPSad e com as colegas de aula e um amigo. A família aparece nas duas primeiras como modelo de afeto e de recurso terapêutico em situações de crise. Já a terceira tem mais apoio nas relações da escola e do CAPSad ao contrário a família não a compreende no seu problema com o álcool acabando por ser um estressor na sua vida.

De acordo com Sluzki (1997), a rede pode ter até seis funções: companhia social; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; acesso a novos contatos e apoio emocional. Esta última refere-se a intercâmbios que traduzem uma atitude emocional positiva, simpatia, clima de compreensão, estímulo e apoio.

Desde a gestação, geralmente, as mulheres engajam-se sobre o cuidado com o filho, sendo o pai considerado apenas um elemento da rede de apoio quando participa de alguma maneira desse processo. Essa posição feminina construída em nossa cultura é reforçada pela maneira como os serviços de saúde se organizam e direcionam suas práticas, centrando a gestação e os cuidados com a criança como uma responsabilidade materna, o que contribui para a submissão e o retorno aos antigos valores atribuídos a mulher (SCOTT, 1990).

Ainda hoje às mulheres assumem um papel de submissão, a sujeito 1 se submete ao trabalho em que não se sente valorizada e respeitada em virtude do sonho de ser proprietária de uma comunidade terapêutica. A segunda entrevistada se submete a ficar dentro de casa porque o conselho tutelar caso beba novamente retirará sua filha dela. A terceira entrevistada se submete a família e a patroa enquanto não concluiu seus estudos para ter uma vida melhor. Todas elas verbalizaram um sonho maior para realização desses necessitam assumir o papel de submissão por um tempo.

Apesar da participação da mulher no mercado de trabalho, as oportunidades de emprego para o público feminino ainda se concentram em um pequeno número de profissões, resultando na base das desigualdades sociais entre homens e mulheres. O mercado de trabalho segmentado por sexo é considerado um elemento fundamental e influenciador nos processos socioculturais e de construção de gênero, sendo responsável pela criação de valores que umas pessoas têm sobre as outras (SCOTT,1990).

Com relação aos sete entrevistados, observou-se que a renda mensal geral é de um salário mínimo seja através de trabalho formal, aposentadoria ou auxílio doença. Existe uma associação inversa entre alcoolismo e renda. No Brasil, Almeida (1994) encontrou consumo de álcool mais elevado entre aqueles que têm maior renda. Esse estudo mostrou que as pessoas com maior renda consomem mais álcool do que com as com menor renda, mas apresentam menores prevalências de dependência.

A escolaridade associa-se inversamente com Alcoolismo, especialmente no que diz respeito à dependência, sugerindo que pessoas com maior escolaridade possam ter maior consciência dos danos do álcool e façam uso com maior moderação. Além do mais, é preciso lembrar que várias doenças mentais são mais comuns em pessoas com menor renda e escolaridade (Mari, 1992; Almeida-Filho e colaboradores, 1989; Lima,1996). Homens com baixo nível de escolaridade e mulheres mais escolarizadas estão em alto risco para consumo de álcool, comparando com os demais grupos.

Homens e mulheres apresentam diferenciação no padrão de consumo de álcool. No que diz respeito à experimentação do álcool, as mulheres, geralmente, iniciam o uso sozinhas dentro de casa, muitas vezes escondidas. Hoje em dia essa realidade vem mudando as mulheres começaram a beber na rua e vem participando mais dos serviços de saúde. Duas entrevistadas as sujeitos 2 e 3 recorrem ao serviço como apoio, estabelecendo relações significativas e duradouras. A mulher busca apoio no CAPSad porque lá, não sofre discriminação e é aceita no seu problema com álcool. Esse não passa a ser o principal fator da relação essa mulher é vista como pessoa, respeitando sua singularidade, suas escolhas de vida, suas

dificuldades e valorizando suas potencialidades. Lá não precisa somente apoiar ela recebe apoio.

O consumo de drogas, ainda hoje, é considerado um problema do universo masculino, resultando na invisibilidade das mulheres nos serviços de saúde. O preconceito e o estigma dos profissionais de saúde frente à essa população constitui-se em uma preocupação política e financeira, pois a desaprovação social contribui para que elas consumam drogas às escondidas, aumentando a vulnerabilidade a diversos riscos e danos à saúde.

Hoje, apesar de várias mudanças terem ocorrido nos padrões de comportamentos, tanto dos homens como das mulheres, percebe-se que ainda muitos valores antigos permanecem. O movimento feminista modificou várias condições em relação à submissão da mulher e construiu novas trajetórias, pondo em discussão seus interesses, dificuldade e necessidade, cuidar de casa, dos filhos e do marido, ainda parece ser um pressuposto comum perante a sociedade. Muitas mulheres aceitam tais condições, acreditando ser normal, como se essas condições fizessem parte do ser mulher (MEYER, 2010).

No caso dos homens entrevistados eles buscam apoio nas esposas e na família e sua rede de relações demonstra ser mais ampla. Com exceção do sujeito 7 que é sozinho e que sua rede relações se restringe ao CAPSad.

A compreensão de como as pessoas estão inseridas nos diversos espaços que compõem o seu viver e a maneira como vivenciam suas relações e interagem se mostra importante, a medida em que esse conhecimento possibilita identificar fatores que atuam como protetores e aqueles que evidenciam riscos, pois um determinado contexto social pode produzir, de acordo com a rede de relações experienciadas pela pessoa, processos positivos que proporcionam a inclusão e a promoção de saúde ou processos negativos que a tornam vulnerável e podem levar à institucionalização e ao abandono. Sobre essas configurações contingentes e mutáveis, necessitam interferir os serviços de saúde mental (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

Para Scott (1990) a teoria de gênero é composta por quatro elementos fundamentais que se inter-relacionam e influenciam os processos socioculturais:

existem símbolos construídos culturalmente que evocam representações múltiplas e com freqüência contraditórias e não necessariamente excludentes; Há conceitos que evidenciam e interpretam os símbolos, expressos por meio de doutrinas religiosas, produções científicas, educativas; é destacado que gênero é construído nos sistemas de parentesco, na economia e na organização política, que atuam independentemente; é necessário avaliar como as identidades de gênero são construídas com as organizações e representações sociais historicamente situadas.

As pessoas são influenciadas por diversos fatores: ter acesso a bens materiais, trabalho e educação, bens simbólicos como identidade e cultura e pela etnia, religião, idade e relações interpessoais. O consumo de drogas nas classes populares está intimamente ligado ao enfrentamento de situações impostas no processo de crescer em contextos de empobrecimento e vulnerabilidade, sugerindo que o padrão de consumo entre esses sujeitos está relacionado além das propriedades farmacológicas da substância, as questões estruturais e trajetórias de vida dos sujeitos (RAUPP, 2011).

6 Considerações finais

O álcool é um problema abrangente e que acaba sendo estimulado socialmente. Mas, pouco se discute sobre os cuidados ofertados e o real desejo do usuário que acessa os serviços do território e da rede intersetorial e de saúde. As políticas de atenção precisam avançar levando em consideração aspectos como Gênero e Rede social. Precisam ser levadas em conta as especificidades individuais e de grupo com relação aos usuários de substância. A OMS tem apontado a necessidade de mais estudos que envolvam gênero.

Este estudo teve como objetivo central conhecer as trajetórias de vida das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool; tendo como referencial teórico a Atenção Psicossocial.

Os objetivos específicos se desdobraram em: conhecer o cotidiano das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e compreender o significado das escolhas pelos diferentes dispositivos do território.

Os objetivos foram alcançados, conheci a trajetória singular de cada participante, com isso seu cotidiano e sua rede social. Pude compreender que cada um vive o seu dia a dia com as condições e dispositivos pessoais.

Como limites deste estudo, acredito que o fato de os sete participantes terem passado pelo CAPSad, não fez com que pudesse conhecer outras realidades por exemplo de pessoas com problemas de álcool que nunca fizeram tratamento ou o fazem em outros serviços.

O pressuposto de que as trajetórias das pessoas com problemas com álcool extrapolam os caminhos circunscritos pelo uso de substâncias foi confirmado na pesquisa.

Com o que foi abordado, ressalto a importância das transformações que tiveram início com a Reforma psiquiátrica, e o quanto se faz necessário avançar ainda mais no cuidado com usuários de álcool, as trajetórias retratam um cotidiano e jeito de ser de cada sujeito, que ainda muitas vezes não é levado em conta pelos

profissionais que os acolhem nos serviços. Cada sujeito é singular, precisa-se respeitar e levar em conta as especificidades e peculiaridades de cada sujeito.

Precisamos repensar os serviços, a partir do cotidiano e das relações estabelecidas no território, precisam ser realizados movimentos extras - CAPS movimentos na vida, atividades conectadas com o cotidiano e não por propor atividades e cuidado igual para todos. Muito além do uso da substância, o uso ou não da substância. Afinal quem é este sujeito que atendemos e a quem prescrevemos no cotidiano dos serviços. Estamos escutando e tendo interesse pelo que ele nos fala? Muitas vezes não acompanhamos as pessoas na vida, precisamos acompanhar as pessoas na vida e sair das paredes do CAPS, há especificidades no cuidado do homem e da mulher.

O CAPSad precisa ser entendido como um local de passagem, de atendimento à crise, após as pessoas devem dar prosseguimento as suas vidas no território onde circulam, estabelecendo relações com suas redes sociais e acessando os serviços quando se fizer necessário. Se não acabam institucionalizadas no CAPSad, participando por muito tempo de atividades dentro do serviço, muitas vezes desconectadas das suas reais vontades.

Para concluir espera-se que este estudo possa contribuir para que as ações em saúde mental possam ser pensadas tendo como eixo central a forma de ser e os interesses dos usuários dos serviços. Precisa-se investir em mais estudos que levem em consideração aspectos de saúde relacionados ao uso do álcool e não somente estudos que abordem características negativas da doença Alcoolismo.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V. S.; MARI, J. J. **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde mental, Brasília, 1989.

ANTHONY, J.C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: Andrade, A.G, Anthony, J.C (eds). **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Manole; 2009.p.1-36.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. Série B. textos Básicos de Saúde.

CANTY, C.; SUTTON, A.; JAMES, S. Strategies for community-based drug law enforcement: from prohibition to harm reduction. In: STOCK WELL, T.; GRUENEWALD, P.J.; TOUMBOUROU, J.M.; LOXLEY, W. (Eds.). **Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice**. Chicester, UK: John Wile & Sons, 2005. P. 225-236.

COSTA-ROSA, A. O Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: Subjetividade, Saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

CAMPOS, G.W. Clínica e Saúde Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G.W.S, Minayo M.C.S, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho Y.M, organizadores. **Tratado de saúde Coletiva**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2009, p.41-80.

CARVALHO, D.B.B. (coord.) **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil-2006/2007**: Relatório. Brasília: secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CECÍLIO, L.C.O. MEHRY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: 2003. Disponível em: <<http://www.uuff.br/saudecoletiva/professores/mehry/capitulos-07.pdf>>

CRUZ, V.D; **Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas-RS/ Vânia Cunha**; Michelle Mandagará de Oliveira, orientadora. - Pelotas: UFPel, 2012.

DALMOLIN, B.M. **Esperança Equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 243p.

DELL'AQUA, MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado, J (org). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo, 1991. P.57-79.

FERREIRA, P.E.M.; MARTINI,R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, V.23, n.2, p.96-99, 2001.

FONSECA, E.M.; BASTOS, F.I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD,G. (org). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz,2005. P.289-310.

FONTES, B. A. S. M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 26, p. 87-104, abril. 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E.; **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde: construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

GOSSOP, M. **Maintenance treatments across countries**. *Addiction*, v.103, n.9, p.1493-1494, 2008.

GUEDES, A. C. **Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história** / Ariane da Cruz Guedes; Luciane Prado Kantorski, orientadora – Pelotas, 2010.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalho político das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos. In: PINHEIRO,R.; GULJOR, A.P.; SILVA Júnior, A.G.; MATTOS,R.A. (Orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ- ABRASCO. 2007. P. 169-188.

KELLOGG, S.H. On “gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.25, n.4, p.241-247, 2003.

KODA, M.Y; FERNANDES, M.I.A. A Reforma Psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1455-61, jun.2007.

LANCETTI, A. **Saúde Loucura** V.2. São Paulo: Hucitec, 1994.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

LIMA, M. S. **Epidemiologia do uso de drogas lícitas dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas**. Tese de doutorado em Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1996.

MÂNGIA, E.F., MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Terapia ocupacional USP**, V. 17, n.3, p.115-122, set/dez 2006.

MARI, J.J. Desigualdade social e saúde mental no Brasil. **Boletim de psiquiatria**, 25, p.5-10, 1992.

MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed: 1999.

MATTOS, R.A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ: ABRASCO, 2005. P. 33-46.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MORAES, M. **Gênero e uso de drogas: porque é importante articular esses temas?** Organizadores: MORAES, M; CASTRO, R; PETUCO, D. In: **Gênero e drogas : contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife/PE, 2011. Instituto PAPAÍ/Gema/UFPE.

MOREIRA, L. B. ET AL.; FUCHS, F. D.; MORAES, R. S.; BREDEMEIER, M. CARDOZO, S.; FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. **Journal of studies on alcohol**, 1996.

NUNES, J. A. B. Para além dos "muros" da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 3, pp. 293-298, set./dez. 2005.

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S. VALENTE, C.L.M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11 n.2, p. 473-81, 2006.

RAUPP, L.; ADORNO, R.C.F. **Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades.** Ver Brás. Adolescência e conflitualidade. 2011; (4): 52-67.

REGHELIN, E.M. Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: **Revista dos tribunais**, 2002.

RITTER, A.L.; CAMERON, J. **A systematic review of harm reduction.** Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

ROBINS, L. N.; REGIER, D. A. **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study**, New York: Library of Congress, 1991.

SANTANA, V. S e ALMEIDA-FILHO. **Aspectos epidemiológicos do alcoolismo.** In: RAMOS, S. P e BERTOLOTE. J. M. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 2. Ed., 1990.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Tecora: Rio de Janeiro, 1999.

SCOTT, JW. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação e realidade. 1990;16(2): 5-22.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do psicólogo, 1997, 147p.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; GONÇALVES, S.E.; MIELKE, F.B.; GUADALUPE, D.B. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p. 210-217, 2007.

TAMMI, T.; HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **International Journal of Drug Policy**, v.18, n.2, p. 84-87, 2007.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, ciências, saúde.** Manguinhos. 2002; (1) 9, p. 25-59.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A., R.; DI CHIAR, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, V.34, n.2, p.93-104, maio/ago. 2005.

WARE, N.C.; HOPPER, K.; TUGENBERG, T.; DICKEY, B.; FICHER, D. Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration. **Psychiatr Serv.** 2007; 58(4): 469-74

WODAK, A. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. **Addiction**, v.104, n.3, p.343-345, 2009.

Anexos

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/12 CNS - CONEP)

Estamos apresentando e convidando(a) você através do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa, intitulada "A Trajetória de vida do Usuário de Álcool no Município de São Lourenço do Sul", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: Conhecer os caminhos percorridos na Comunidade pelos usuários de álcool no município de São Lourenço do Sul.

A justificativa para a escolha da temática foi pela se deu devido a necessidade de conhecer a trajetória de vida das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, devido ao fato da Rede de Saúde de São Lourenço do Sul ter sofrido ampliação nos últimos anos oferecendo diferentes ações e criando diversas opções de cuidados aos usuários. Faz-se necessário conhecer e analisar quais ações estão sendo oferecidas nos diferentes serviços e conhecer quais fatores impulsionam as escolhas dos usuários.

Serão utilizados como recursos para coleta de dados: consultas nos prontuários do CAPSad e entrevistas individuais entre sete sujeitos selecionados a partir de um informante chave, ou seja será selecionado o primeiro entrevistado pela pesquisadora, um usuário de álcool que percorra diferentes trajetórias em seu território, que tenha informações que possam contribuir para este estudo. A entrevista se realizará em local escolhido pelo entrevistado. Ao término da entrevista este indicará o próximo sujeito a participar da pesquisa e sucessivamente. Não terá como obrigatoriedade o cadastro no CAPSad.

Fui informado quanto ao risco de recaída ao responder as perguntas da entrevista, devido a possibilidade de reviver algum evento traumático. Em caso de recaída fui informado que receberei apoio psicológico no CAPSad. Quanto aos benefícios fui informado que poderei contribuir com minhas respostas para que os profissionais tenham conhecimento dos recursos e serviços buscados pelos usuários de álcool em situações de seu dia a dia.

Garantimos o sigilo absoluto quanto a identidade dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Após a leitura deste documento recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado por mim e a outra cópia ficou com o pesquisador.

Declaro que estou ciente e autorizo o uso de gravador nos momentos em que se fizer necessário. Diante do exposto expresso minha concordância de livre e espontânea vontade em participar deste estudo.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

RG DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Mestranda: Martha Lettnin Haertel. Telefone: (53) 91240625. Pelotas/RS

E-mail: marthahaertel@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim. Pelotas/RS.

E-mail: vandamrjardim@gmail.com

Anexo B**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL**

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

São Lourenço do Sul, 02 de junho de 2014

Eu, Arilson da Silva Cardoso, Secretário Municipal de Saúde do município de São Lourenço do Sul, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Trajetórias de Vida do Usuário de Álcool no Município de São Lourenço do Sul", desenvolvida pela psicóloga Martha Lettnin Haertel, Coordenadora do CAPSad CARETA e aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), sob a orientação da Profª Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim. Estando ciente de seu objetivo que é conhecer as trajetórias de vida dos usuários de álcool cadastrados no CAPSad CARETA do município de São Lourenço do Sul, da metodologia que será desenvolvida e de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço. Autorizo, também, através deste, o acesso aos prontuários dos sujeitos da pesquisa definidos, para fins exclusivos da pesquisa acima nominada, tendo a garantia da confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos.

Dr. Arilson da Silva Cardoso
Secretário de Saúde de São Lourenço do Sul

Anexo C

ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

- Dados de Caracterização:
 - Nome, naturalidade, escolaridade, composição familiar, idade, sexo;
- Descrição de um dia e de um fim de Semana típico:
 - Lugares que frequenta?
 - Atividades que realiza?
 - Com quem passa a maior parte do tempo?
 - Situações cotidianas nas quais solicita auxílio, quais pessoas são acessadas nestas situações?
- Sentidos atribuídos ao tratamento atual;
- Concepções em torno do termo Alcoolismo;
- Como se sente em relação ao CAPSad CARETA? Como se sente em relação a equipe e os outros usuários?
- Já acessou ou acessa outros serviços de Saúde? E da Rede Intersetorial?

Anexo D

PARECER SUBSTANCIADO

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Trajetória de Vida do Usuário de Álcool no Município de São Lourenço do Sul

Pesquisador: Martha Lettnin Haertel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32344414.9.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 705.163

Data da Relatoria: 24/06/2014

Apresentação do Projeto:

É sabido o quanto o álcool é um problema abrangente e estimulado socialmente, envolvendo um mercado que pouco ou nada se preocupa com a situação de saúde e de vida da população. O tornar-se alcoolista/dependente de álcool no Brasil passa a ser um problema/dilema individual, complexo e de difícil abordagem. Os usuários ainda enfrentam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde no SUS, em grande parte, devido ao despreparo das equipes de saúde, especialmente na atenção básica, no acolhimento às suas demandas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a trajetória de vida das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool.

Objetivo Secundário:

Conhecer o cotidiano das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e Compreender o significado das escolhas pelos diferentes dispositivos do território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco baixo. O entrevistado ao falar sobre acontecimentos anteriores em que estava sobre o efeito do álcool, poderá lembrar de acontecimentos traumáticos.

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 98.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 705.163

Benefícios:

Proporcionará aos profissionais que trabalham com usuários de álcool conhecer as trajetórias e assim propor ações extra serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa terá abordagem qualitativa, descritiva e analítica. A pesquisa será realizada no município de São Lourenço do Sul. Serão selecionados sete sujeitos a partir de um informante chave, ou seja será selecionado o primeiro entrevistado pela pesquisadora, um usuário de álcool que percorra diferentes trajetórias em seu território, que tenha informações que possam contribuir para este estudo. A entrevista se realizará

em domicílio ou em um lugar fora do CAPSad, escolhido pelo entrevistado. Ao término da entrevista este indicará o próximo sujeito a participar da pesquisa. Não terá como obrigatoriedade o cadastro no CAPSad. Quando as respostas começarem a se repetir, ou seja os dados estarão saturados. Será então finalizada a coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Processo: 705.163

PELOTAS, 01 de Julho de 2014

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Anaujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com