



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FABRÍCIO BARRETO

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ALCOOLISMO: UM ESTUDO COM
PACIENTES ALCOOLISTAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad**

Boa Vista
2016

FABRÍCIO BARRETO

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ALCOOLISMO: UM ESTUDO COM
PACIENTES ALCOOLISTAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde na Área de concentração: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo

Boa Vista

2016

FABRÍCIO BARRETO

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ALCOOLISMO: UM ESTUDO COM
PACIENTES ALCOOLISTAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Área de concentração: Diversidade Sociocultural, Cidadañas e Modelos de Atenção na Saúde.

Prof. Dr. Calvino Camargo – PROCISA / UFRR
Orientador e Presidente da Banca

Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini
Examinador (Membro titular interno)

Prof. Dr. Ananias Noronha Filho
Examinador (Membro titular externo)

Dedico este trabalho a minha família, a minha querida, afável e amável esposa Tércia Barreto, meus filhos adoráveis Fernando de A. C. Barreto e Mateus de A. C. Barreto, que são todos a razão de minhas lutas, conquistas e vitórias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus antes de tudo, embora apareça um mero clichê de agradecimentos de trabalhos acadêmicos, mas em minha vida tem uma razão especial, pois nas maiores adversidades, dificuldades e mesmo que achem que tudo está perdido, Deus me mostra uma porta, pois está sempre do meu lado, com sua mão acolhedora.

Agradeço a minha esposa, que se faz presente em minha vida como alguém que jamais imaginei que faria, me dando a oportunidade de sua presença, de seu amor, de seu carinho e por último por me fazer pai.

Agradeço aos meus filhos Fernando e Mateus que estão sempre me esperando, com aquele abraço que só um pai consegue entender, que são a razão de me tornar cada dia melhor, para quando crescerem falarem: “esse é meu pai”...

Agradeço a minha família que são estão ao nosso lado, torcendo por nossas vitórias e nos acariciando pelas derrotas.

Agradeço aos pacientes que atendo em meus plantões e aqueles em especial que conversei durante este trabalho, pois ajudaram a me tornar uma pessoa melhor, com seus ensinamentos, angústias, sofrimentos e oportunidades que nos dão de poder ajudá-los nos seus momentos mais difíceis de suas vidas.

Agradeço ao professor Calvino, meu orientador, que esteve sempre em prontidão para me ajudar, mostrando com mais clareza o caminho da pesquisa e aprendizado.

Agradeço enfim, a oportunidade de poder crescer cada vez mais em ensinamentos, conhecimentos e vivências pelo mundo acadêmico, profissional, humano e espiritual.

"Vanitas vanitatum et omnia Vanita"

Ecclesiastes, 1:2

RESUMO

O itinerário terapêutico é entendido como o trajeto realizado pelo sujeito em busca da cura e/ou tratamento de um padecimento. Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua importância para a compreensão do percurso de cura, em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, não tem expressão conhecida no Brasil. Tal fato torna-se ainda mais complexo quando se refere ao alcoolismo, hoje entendido como um problema de saúde pública no Brasil, haja vista que compromete o bem estar físico, mental e social do sujeito. Diante deste pressuposto o presente estudo teve o objetivo de traçar o perfil socioeconômico e identificar os percursos traçados pelos pacientes alcoolistas atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad) do município de Boa Vista – RR. Utilizou-se como metodologia a pesquisa qualitativa exploratória, com levantamento de dados bibliográficos e realização de entrevista. Como resultados identificamos que possuem um perfil semelhante aos já relatados em outros estudos, possuindo a maior prevalência entre homens, de nível socioeconômico mais baixo e com pouca escolaridade, abarcando em sua maioria, até 5 anos de estudo. A amostra obtida correspondeu a totalidade dos pacientes atendidos na unidade durante o período da pesquisa, que foram 10 pacientes. Embora foram identificados mais 07 pacientes, com cadastro na unidade, totalizando 17 pacientes, porém estes haviam abandonado o tratamento, antes do início da pesquisa, mas mantinham o cadastro para a possibilidade de retornarem ao tratamento. Quanto aos percursos de cura traçados pelos sujeitos observamos que ainda estão no início do processo e muitos ainda não se veem como doentes, dificultando o processo de busca pela cura, haja vista que um dos passos primordiais ao itinerário terapêutico é a compreensão do processo de adoecimento e o desejo pelo tratamento, fato que acarreta muitas desistências no processo de tratamento. Percebeu-se que não houveram relatos de busca por tratamentos tradicionais, como se a compreensão do termo “tratamento” se desse por tratamento biomédico. No entanto percebeu-se que os sujeitos tem demonstrado interesse pelas ações realizadas no serviço do CAPSad, considerando-se que alguns já abandonaram tratamentos anteriores e permanecem na unidade no anseio da recuperação.

Palavras – Chave: itinerário terapêutico; Alcoolismo; CAPS; Tratamento

ABSTRACT

The therapeutic itinerary is understood as the path taken by the subject seeking healing and / or treatment of an ailment. The studies and research on therapeutic itineraries are relatively recent and despite its importance for understanding the healing path in relation to the care in health and use of services, has no known expression in Brazil. This fact becomes even more complex when it comes to alcoholism, today understood as a public health problem in Brazil, given that compromises the well-being physical, mental and social subject. Given this assumption the present study was intended to trace the socioeconomic profile and identify the paths traced by the patient alcoholics treated at the CAPS ad the city of Boa Vista - RR. It was used as methodology exploratory qualitative research, a survey of bibliographic data and conducting interviews. The results have identified a profile similar to those already reported in other studies, having the highest prevalence among men of lower socioeconomic status and with little education, covering mostly up to 5 years of study. The resulting sample corresponded to all the patients treated in the period when the survey was conducted. As for healing paths traced by the subjects identified that are still early in the process and many still do not see themselves as ill, complicating the process of search for a cure, given that one of the key steps the therapeutic itinerary is the understanding of the disease process and the desire for treatment. However it was noticed that the subjects have shown interest in the actions carried out in the CAPS ad service, given that some have abandoned previous treatments and remain in unity in the desire of recovery.

Key - words: therapeutic itinerary; Alcoholism; CAPS; Treatment

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CID	Classificação Internacional de doenças
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	13
3. ALCOOLISMO.....	19
4. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS / CAPSad..	28
4.1. CAPSad em Roraima	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5.1 Descrição dos Participantes.....	34
5.2 Dados sobre Alcoolismo	38
5.3 Dados sobre Comorbidades.....	43
5.4 Dados sobre o Itinerário Terapêutico	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICE	58

1. INTRODUÇÃO

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver seus problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde.

Como destaca Cabral *et al* (2011), não obstante este desejo de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso. Reportam ainda esses autores que a literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir este percurso.

Segundo Marques e Mângia (2013), itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.

Bezerra e Magda (2008) em revisão da literatura sobre “busca de atenção” localizam o surgimento das primeiras reflexões acerca de itinerários terapêuticos, atreladas ao estudo sobre o “comportamento do enfermo”, termo criado por Mechanic & Volkart em 1960 e que, em sua primeira concepção, considerava que a escolha do tratamento seria determinada por uma lógica de consumo, recaindo sobre aquele que apresentasse a melhor relação custo-benefício para o paciente.

Contudo, Cabral *et al* (2011) indicam que os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e

contextualmente integradas. Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua importância para a compreensão do percurso de cura, em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, não tem expressão conhecida no Brasil.

Os alcoolistas possuem peculiaridades no que se refere a busca pelo tratamento, tendo em vista que muito dos acometidos não reconhecem como doentes, levando anos para identificar a necessidade de tratamento. Por muitas vezes esta percepção só ocorre quando já estão implantadas complicações secundárias tanto nas questões de saúde quanto no contexto social e familiar.

Nesta perspectiva o Ministério da Saúde abarca o tratamento dos alcoolistas por meio da rede de atenção à saúde, oferecendo atendimento desde a rede primária, perpassando pelas unidades de atendimento específico, que são os Centros de Atenção psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad

Diante deste pressuposto o presente estudo teve o objetivo de traçar o perfil socioeconômico e identificar os percursos traçados pelos pacientes alcoolistas atendidos no CAPSad do município de Boa Vista – RR, bem como as estratégias adotadas pelo serviço para atendimento dos usuários e manutenção no tratamento, para isso utilizou-se de metodologia de pesquisa qualitativa, que descreveu os componentes de um sistema complexo de significado, identificando os pacientes acompanhados pelo CAPSad de Boa Vista-RR, que realizam tratamento, nas mais diversas faixas etárias.

Ressalta-se que foram incluídos na pesquisa pacientes etilistas que estavam cadastrados e realizam tratamento durante o período do estudo, que correspondeu a março a maio de 2016. O projeto de pesquisa proposto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, 2012. Sendo aprovado pelo parecer nº 51797715.5.0000.5302.

Desta forma o presente trabalho está estruturado em 4 capítulos que corresponde a revisão sistemática de literatura sobre Itinerário Terapêutico, Alcoolismo, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e os resultados e Discussões.

2. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Quando um padecimento aflige uma família sempre surge à grande preocupação sobre o melhor momento de intervir e procurar por ajuda, independente da gravidade deste problema, e nota-se que esta questão tem estado cada vez mais presente nos estudos atuais. Quando se trata do alcoolismo, a questão torna-se ainda mais delicada, e os estudos tem demonstrado resultados positivos quando a assistência prestada envolve planejamento, organização e avaliação do quadro dos pacientes. A medida que as ações se flexibilizam para atender as demandas do usuário fortalece-se o vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento proposto. Com esse enfoque surgem os itinerários terapêuticos para discutir a melhor maneira de acompanhar a evolução no tratamento de uma doença, onde será definido um percurso de cura à aquele paciente ou situação (CABRAL *et al.*, 2011).

No BRASIL de modo geral os estudos sobre itinerários terapêuticos são considerados recentes e pouco explorados, mesmo com toda sua potencialidade para a compreensão das particularidades em relação ao cuidado em saúde, observa-se assim que existe uma lacuna e a ser preenchida. Contudo, expõe o modo de viver e demonstra o contexto que está inserido o sujeito dentro das diferenciações nas sociedades, mediado por questões sociais e culturais (SOUZA *et al.*, 2014).

Segundo a literatura, destacada pelos autores Rabelo, Alves e Souza (1999) o itinerário terapêutico diz respeito da interpretação dos processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem ou não aderem a uma determinada forma de tratamento. Na verdade trata-se de uma busca ou maneira de resolver os seus problemas, assumindo nos dias de hoje uma vertente em exponencial ascensão. Esses modelos geralmente abrem possibilidades para os indivíduos escolherem um caminho ou percurso a ser seguido para um determinado fim ou objetivo, desenvolvendo neles diferentes métodos para amparar as aflições dos pacientes que o abraçam. O autor ainda recorda que a análise do itinerário terapêutico não se limita em identificação de serviços ou seus modelos, indo mais além também à utilização que as pessoas fazem das redes de cura. Ou seja, tais elementos são insuficientes para compreender a complexidade do processo de escolha, e

consequentemente do processo de cura. Em outras palavras, o autor quer dizer que existem várias maneiras de construir itinerários, embora tenham o mesmo objetivo, a sua adesão vai depender de fatores socioculturais de cada indivíduo. Uma segunda vertente dos estudos desses autores, traz a palavra *illness behaviour*, traduzida literalmente por comportamento da doença. Que na verdade vem apresentar uma investigação da determinação de valores culturais supostamente oriundos das minorias étnicas, a diferentes grupos socioeconômicos, estruturas familiares, gênero e idade, nas respostas aos problemas de saúde. A ênfase da análise, nesta situação, recai sobre a identificação dos fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinam a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde, especialmente profissional, e os aspectos cognitivos dos pacientes referentes ao processo de tratamento. Nos estudos de Rabelo, Alves e Souza (1999) observou-se que os indivíduos podem ter reações diferentes quanto expostos a situações semelhantes, tendo em vista que sofrem interferências de fatores externos, existe como a situação financeira de cada um. Destacam, ainda, que os modelos de tratamentos estão fortemente ligados a condições socioculturais e econômicas dos participantes de um determinado grupo de tratamento.

Para Alves (1993) na definição deste termo já apresentado, o paciente que irá aderir passa por um processo de escolha de tratamento a ser definido por ele e/ou sua família, que por sua vez desencadeia uma sequência de práticas destinadas a sua solução terapêutica. O termo foi usado inicialmente no início dos anos 60 nos Estados Unidos, onde se chamava *career of illness*, que foi traduzido livremente por "itinerário terapêutico". Por este itinerário os indivíduos podem ter experiências com as várias agências ou sistemas da Rede de Atenção para seu tratamento, assumindo assim o seu papel de enfermos e abraçando um caráter de percurso de cura ao atribuir suas próprias noções terapêuticas.

E conforme Cabral *et al.*, (2011) a utilização do termo itinerário terapêutico tem como objetivo esclarecer este percurso, que poderá ser feito de maneira individual ou coletiva, como instrumento de preservação ou recuperação da saúde. Com isso, ainda poderá movimentar ou criar maneiras que incluem desde os cuidados passados de geração em geração, como práticas religiosas até os dispositivos ou instrumentos disponíveis nas Redes de Atenção Primária ou Secundária. Gerando com tudo isso, uma cadeia de

acontecimentos e tomada de decisões, que trazem em si o objeto de tratamento do padecimento, mas que por sua vez constrói uma determinada trajetória.

Na mesma perspectiva, Ferreira e Espírito Santo (2012) também observam que os Itinerários terapêuticos podem ser definidos como um caminho percorrido na ânsia de solucionar seus problemas de saúde, podendo iniciar em uma Rede de Atenção. A origem do conceito ainda não é bem clara, sendo mais aceitável em sociedades tradicionais africanas, e é atualmente incorporado por pesquisadores de todo mundo. Independente do não conhecimento da origem do termo se faz importante reconhecer a essência da palavra, que transcende para uma busca de um caminho de cura. Os mesmos autores ainda reportam que o termo orienta racionalmente a conduta para a satisfação das suas necessidades. Em outras palavras, segue o mesmo princípio do capitalismo no mercado como produtores e consumidores, que cada vez mais procuram obter as maiores vantagens possíveis em suas transações. Nesse sentido, apresenta uma teoria baseada em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício. Com isso, destacam que a escolha por um itinerário depende também para cada indivíduo que irá abraçá-lo quanto ele irá custar, não só do ponto de vista econômico, mas também de sacrifícios que irá ter que fazer e não esquecendo se tudo isso valerá a pena.

Seguindo ainda na ótica da clareza do termo, Martins e Iriart (2014), apontam a definição que trata de uma tomada de decisão individual de determinadas formas de tratamentos. Recordam ainda a grande relevância de determinar esse itinerário, que não se limita à classificação e à disponibilidade dos serviços oferecidos, mas está relacionado aos interesses e particularidades individuais, que abrem ou fecham portas à cada paciente, tendo um determinante nas condições socioeconômicas. Na teoria as coisas parecem ser simples, onde todos tem acesso a tudo, mas na verdade o itinerário terapêutico inclui uma sucessão de adesões que podem ser individuais ou coletivas, mas que estará pautada decisivamente no poder aquisitivo de cada um. Observa-se também diferentes interpretações sobre a conformidade da doença e do tratamento correto a ser empregado, retratando o percurso seguido em busca de um tratamento ou busca de cura, e até mesmo as avaliações equivocadas em torno dos diagnósticos obtidos. Os autores ainda explanam que os

itinerários podem gerar certa experiência nos pacientes, onde os mesmos se perguntam se valerá a pena todo aquele sacrifício neste percurso, que na maioria das vezes é extremamente penoso para aquele que o faz.

No Brasil, os estudos que abordam os itinerários terapêuticos são novos, tendo sido publicados na última década. Há ainda uma linha que tende descrever os itinerários relacionados ao trânsito de sujeitos pelas Redes oficiais de Atenção, mas ele está muito além. O itinerário é circunscrito aos serviços de saúde como caminhos a serem seguidos, mesmo que não correspondam às soluções do setor, mas que circundam sobre o eixo biomédico. Pinho e Pereira (2012) argumentam que o itinerário terapêutico deve ser um percurso na busca por cuidados, como trajetórias na tentativa para solucionar problemas de saúde com mais efetividade, e assim movimentos para recuperar a saúde. Contudo, traçando um conjunto de acessos e determinações que se unem com o objetivo de enfrentamento da enfermidade.

Em estudos realizados sobre o itinerário terapêutico de adolescentes com diabetes em Florianópolis, Mattosinho e Silva (2007) notaram que há uma grande discrepância entre o que se orienta aos pacientes e o que se faz na realidade, ou seja, na maioria das vezes não seguem uma linha, neste caso para alcançar um controle da doença, destacando importância de determinar um caminho a percorrer ou itinerário que o conduza. Mas aí as pesquisadoras se esbarraram em dois grandes entraves, um deles trata-se do período da adolescência onde se torna frequente um momento crítico para o controle da doença, pois por menor que seja a limitação se contrapõem à busca da autonomia plena, à tendência do momento, à noção de indestrutibilidade, aos comportamentos de riscos, entre outras características dessa faixa etária. E surgindo assim uma série de quebras de condutas e outros problemas que se esbarram na própria Rede de Atenção que apresenta falhas em certas fases do processo, dificultando uma adesão a um percurso com mais seriedade. As autoras destacam que os estudos sobre itinerário terapêutico auxiliam na compreensão do enfrentamento da doença por parte do acometido, independentemente da influência que este tratamento terá no seu tratamento.

Afunilando os conceitos no campo da psiquiatria, os itinerários terapêuticos surgem como instrumento da construção de um novo modelo assistencial e se coloca como

prioridade no contexto das mudanças e como consolidação do processo de estruturação do próprio Sistema Único de Saúde - SUS, assim como sua manutenção e aprimoramento. Partindo para área da Saúde Mental, depara-se com esse desafio, que é particularmente de suma importância na constituição de uma rede de serviços essenciais e comprometidos com as diretrizes da integralidade, da universalidade e equidade, que formam o tri pé do SUS, do acesso e da cidadania dos usuários. Nesse contexto, o itinerário traz uma nova lógica para cura, que está ancorada na crítica ao modelo biomédico do qual é seguido, perfazendo uma reflexão constitutiva em todo o campo da saúde, com suas múltiplas áreas, aptidões e essência da formação profissional, que na prática nem sempre traduz em bons resultados. Mângia e Muramoto (2008) consideram o modelo biomédico como individualista, que trabalha com um princípio determinado básico, onde para cada doença existe uma causa e se propõe um tratamento. Deixando uma lacuna, onde o indivíduo com todas suas particularidades socioculturais são deixadas de lado, e propondo intervenções centradas e particularizadas na doença, desconsiderando a interação entre indivíduo, seu contexto e história. Essa crítica vem sendo assumida e desenvolvida por muitos autores e no Brasil já se constitui como importante núcleo de investigação dentro da Saúde Pública e Coletiva da atual conjuntura.

Em um estudo desenvolvido por Gerhardt (2006), com populações de baixa renda de Porto Alegre, a autora trilhou o caminho percorrido de pessoas pobres que buscam por assistência à saúde. Assim descreveu o termo itinerário terapêutico, que é aqui utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos pertencentes a camadas de baixa renda, que anseiam dissiparem seus problemas de saúde. A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de sua identificação, a pessoa tem a possibilidade de várias escolhas possíveis neste contexto, mas destaca que nem sempre, essa classe menos favorecida, tem a oportunidade de fazer escolhas, e sim opta pelo caminho que seja mais acessível para ele mesmo. Com isso, nota-se que os dinamismos de consulta, avaliação e permanência a determinados métodos de tratamento que não são fáceis de serem compreendidos, e nem de serem levados em conta no contexto do indivíduo que está inserido, sobretudo frente as mais variadas possibilidades disponíveis

(ou não) em termos de cuidados em saúde para as populações menos favorecidas. Nota-se com esse estudo, que para a população de baixa renda, muitas vezes, não resta muitas opções, a não ser aquela opção que poderia muitas vezes ser até melhor, ou a mais acertada para cada pessoa. Infelizmente para as classes menos favorecida, o itinerário terapêutico mais acertado é aquele que se pode sustentar dentro das condições da pessoa, como diz na cultura popular: “pé de pobre não tem tamanho”.

Guerin *et al.*, (2012) ressaltam em seu estudo que o itinerário terapêutico ainda pode ser usado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos que procuram solucionar os problemas de saúde, mas que não podem ser deixados de considerar as práticas individuais e socioculturais das pessoas, pois cada um carrega a diversidade e pluralidade de fatores presentes em suas vidas, independentemente de suas condições financeiras. As autoras ainda destacam que na busca de cada indivíduo ou na coletividade que rastreia a recuperação da sua saúde pode mobilizar os mais diferentes recursos.

Ainda sobre o modelo conceitual desenvolvido Fundato *et al.*, (2012) apresentam a existência de Sistemas de Cuidado à Saúde como o familiar, destacando neste ponto uma cultura popular da família trazendo para esse meio benzedadeiras, pastores, pais de santo e recursos como ervas, chás, rituais de cura entre outros. Nada mais é do que estratégias alternativas para busca a cura de algum adoecimento, como uma maneira de resolução de problemas dentro de sua realidade, visualizando claramente os itinerários terapêuticos desta trajetória do paciente e família pelo sistema de saúde, além dos seus aspectos sociais e culturais, frente à situação do padecimento.

Contudo, nota-se que no desenrolar dos percursos de cura ocorre uma iluminação, frente uma reflexão, significativa para a vida do indivíduo que passa por momentos de dores, angústias e sofrimentos diante de uma doença, ajudando a entender, compreender e extrair diante das entrelinhas das experiências uma legitimação da doença e todo seu caminho. Assim se faz o itinerário terapêutico, que vem não para transformar, mas ajudar a guiar um doente que se encontra muitas vezes perdido em suas angústias (Neves e Nunes, 2010).

3. ALCOOLISMO

Desde os tempos mais remotos do antigo Egito, berço da humanidade, já se havia expressões de consumo e produção de bebidas, o verdadeiro “maná” dos deuses. O álcool está representado também nas manifestações de vitórias, festas, glórias e alegrias, desde as classes menos favorecidas até mesmo os mais abastados, tendo custos hoje que não passa de poucos reais de uma garrafa de água ardente, por exemplo, à milhares de dólares uma garrafa de vinho, uísque ou espumante de uma safra especial. Enfim, encontra-se hoje para todos os gostos, bolsos e para todas as classes. Por outro lado, o seu uso exagerado pode gerar transtornos de Saúde Pública, transtornos estes que não escolhem classes sociais ou condições financeiras. Mais também problemas no âmbito regional, nacional e até internacional dentro das sociedades (GIGLIOTTI E BESSA, 2004).

Gigliotti e Bessa (2004) ainda destacam que, o conceito de alcoolismo só surgiu no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, como consequência da Revolução Industrial. Deste período, observa-se dois autores: Benjamin Rush e Thomas Trotter, que começam a falar mais sobre o álcool, o primeiro trata-se de um psiquiatra americano, sendo ele o responsável pela célebre frase: "Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade". O segundo autor destacado foi quem, pela primeira vez, referiu-se ao alcoolismo como "doença". Outro autor (contemporâneo) reportado por Gigliotti e Bessa (2004), foi o sueco Magnus Huss, que viveu no século dezanove, sendo quem definiu pela primeira vez o conceito de "alcoolismo crônico", ou seja, estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos. Mais à frente, na segunda metade do século XX, nota-se que o conceito de alcoolismo passou por consolidação, considerando o alcoolismo doença apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. No mesmo período nota-se que o conceito de alcoolismo foi partindo para o campo da psiquiatria, onde definia a dependência ao álcool como “transtornos por uso do álcool”. Nos anos 70, mais precisamente em 1976 foi proposta a mudança de nomenclatura tendo em vista que o alcoolismo associado a inúmeras doenças, passando a ser denominado de Síndrome de Dependência do Álcool (SDA)

Em seguida esta síndrome passou a integrar a lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para descrever no campo da medicina a intoxicação aguda e consequente dependência ao uso de substância psicoativa, que envolve transtornos da consciência, cognitiva, da percepção, do afeto ou do comportamento. Observando assim fenômenos comportamentais cognitivos e fisiológicos decorrentes do consumo rotineiro e constante de uma substância psicoativa, associado a um desejo insaciável de ingerir a bebida e consequente descontrole em seu consumo (Mangueira *et al.*, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa síndrome pode ser definida como:

Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar de suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso de droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou um medicamento, como o Diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes (Organização Mundial da Saúde, 1993, p.74).

Em princípio, é provável pensar que a medicalização funcionaria para combater essa doença, mas não é tão simples como parece, engana-se quem pense que com um comprimido se elimine esse mal, conforme destacado no estudo de Souza, Menandro e Menandro (2015), existem evidências que a medicalização por si só acarreta poucos efeitos, mas o que realmente o transforma está na autonomia e responsabilização, que transcende na pessoa a sua percepção de ser humano, que está muito além de um vício que o domina. Por outro lado, a própria sociedade faz a sua estigmatização desse alcoolista, como uma pessoa fraca, de condutas morais duvidosas, sendo um mal homem, ou má mulher, mau trabalhador, ou má trabalhadora, mau marido ou má esposa, implicando lhes pré julgamentos morais ou imputação de rótulos que levam a um controle social dos desvios, levando sobre eles elementos representativos de pecado e crime. Nota-se no estudo que no Brasil, início do século XX campanhas antialcoólicas surgiram direcionadas a pessoas das classes mais populares, onde baseavam-se em estereótipos de gênero, onde o homem é sempre o provedor e a mulher a submissa do lar, e qualquer coisa que fugisse desse padrão era tachado como pessoas de condutas duvidosas, com bebida no meio disso

piorava mais ainda. Nascimento (2016) falando desses estereótipos de gênero destaca que o beber faz parte da “fisiologia” do homem, ou seja, para ser homem nos dias de hoje precisa beber, se no passado estava relacionado a uma conduta duvidosa, hoje aquele que não bebe não faz parte do “clã masculino”, onde temos nos bares os grandes redutos ou “palcos da masculinidade”. Percebendo que o homem em si precisa desse reduto para se firmar socialmente demonstrando sua identidade masculina. Por outro lado, trata-se de um fenômeno muito rotineiro, onde o rico faz um “*happy hour*” em um bar sofisticado, a classe média em uma choperia, mas o pobre mesmo em um bar qualquer.

Souza *et al.*, (2015) lembram que a demanda masculina que busca saúde é muito baixa, haja vista a consolidação da Saúde do Homem no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil é bem recente e sua promoção continua sendo um desafio para os serviços de Atenção Primária, notando números bem mais expressivos de homens envolvidos com o alcoolismo do que mulheres. Apresentando não somente uma visão machista, que “beber é coisa de homem”, mas realmente do homem que não busca por saúde e para aquele encontra poucas possibilidades. Mas neste estudo os autores provam que quando estratégias de intervenções são feitas à classe masculina e suas questões biopsicossociais são contempladas as mazelas dessa classe são minimizadas, demonstrando ainda uma grande lacuna da Saúde do Homem que precisa ser preenchida.

Não obstante, Moraes e Barroco (2016), em seu levantamento apontam o modelo biopsicossocial para promover uma ampliação na compreensão das patologias, que vem substituir à eventualidade que centraliza na teoria do modelo biomédico, apresentando assim uma concepção multifatorial, ou seja, existe uma teia que recebe uma gama de influências que leva o indivíduo à dependência, do qual nem sempre pode ser contatada de forma laboratorial, como a medicina propõe. Afirmando o que foi proposto pela OMS em 1948: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de moléstia ou enfermidade”. Com isso, consolidando o pensamento multifatorial das doenças e ficando mais fácil a concepção do alcoolismo tratar de uma doença e ser visto com outros olhos. Ainda reportando o modelo biopsicossocial ele surge justamente na busca de uma ampla aceitação e inserção na comunidade de explicações da determinação das doenças e seus fatores determinantes, para aprofundamento em todos os seus âmbitos e

conformações. Assim demarcando um entendimento do homem em suas relações sociais dentro do entendimento de seus padecimentos, angústias e sofrimentos.

Contudo, ao que toca as relações sociais destacam-se comportamentos que o alcoolismo começa a incentivar, como por exemplo suas relações interpessoais com pessoas que bebem como ele ou até mais que ele, conseqüentemente o ajudando a prender-se ainda mais no vício e diminuindo a chance de aprender um comportamento social adequado sem a necessidade de recorrer ao álcool, que por sua vez interfere no funcionamento social e no trabalho do sujeito (FELICISSIMO, CASELA E RONZANI, 2013). Ainda segundo as autoras, nas contribuições atuais à respeito dos transtornos associados ao uso de substâncias estão sendo desenvolvidas pesquisas tendem comprovar a relação entre dependência de ao álcool e déficits interpessoais que dificultam as relações entre indivíduos, constituindo o uso abusivo de substâncias como uma válvula de escape se tornar mais sociável.

Mas tudo tem um início e é na adolescência que tudo começa, onde se forma a personalidade de uma pessoa que carregará para o resto da vida, tornando-se um momento crítico na vida das pessoas, no qual novas descobertas são feitas, mas ao mesmo tempo são fundamentais para a construção de um conjunto de traços de caráter e individualidade, sob a ótica biopsicossocial. Nesta fase da vida, o conceito de interação com um grupo é claro e o adolescente se identifica a um determinado grupo, que terá inclusive a capacidade de inspirar suas ações e fará com que ele adote comportamentos que serão a prova de sua aceitação na “tribo”. Convém esclarecer que tribo, etimologicamente, está relacionada à comunidade étnica, porém, nos dias de hoje vem sendo cada vez mais empregado entre os jovens, que tem como significado à formação de adolescentes que têm interesses comuns, chancelando assim que pertence à um grupo (SILVA E PADILHA, 2013).

Dentro desse padrão social, reportam Brites e Abreu (2014) que esse consumo, muitas vezes, é feito como fuga do sofrimento mental ou da sobrecarga emocional que está passando naquele momento, podendo estar relacionadas as condições de trabalho, que impõem uma determinada organização do trabalho ou problemas familiares tornando o consumo do álcool uma saída, que lentamente o vai levando a dependência. Os mesmos autores ainda revelam um dado preocupante. No Brasil, o padrão de uso de álcool apresenta em média, um consumo de seis litros de álcool puro por habitante ao ano. Tornando-se um

padrão de risco e um dos mais altos do mundo. Percebendo algumas consequências muito prevalentes, como violências e acidentes, mas também as doenças crônicas, conduzindo essas pessoas ao campo da dependente.

Dentre as consequências do consumo excessivo do álcool nota-se as sob o efeito de álcool, dos quais é uma das principais causas de acidentes de trânsito, independente da quantidade ingerida no consumo o risco de acidente aumente exponencialmente, suficiente para maximizar a predisposição do condutor em produzir algum comportamento de risco. Os autores descrevem que quase 40% da população relatara ter dirigido ao menos uma vez depois de ter bebido e quantos não fazem isso diariamente (LEOPOLDO, LEYTON E OLIVEIRA, 2015). Para Oliveira *et al.*, (2015) esse consumo compulsivo do álcool eleva o Brasil para um dos maiores patamares dos índices de acidentes automobilísticos do mundo, apresentando o trauma como um problema de saúde pública. Retratando a primeira e principal causa de morte na faixa etária de um a 39 anos, constatando ainda uma forte relação do consumo de álcool nessas causas. Além disso apuraram em um estudo de revisão, que praticamente 20% dos atendimentos em Unidades de Emergência tem relação com o álcool. Apesar de tudo, o uso das Redes de Atenção, como os serviços para tratamento do alcoolismo revelam uma baixa adesão.

Deixando cada vez mais claro que o álcool vem sendo a droga mais utilizada no mundo, para completar as consequências de seu uso, ainda é quase que totalmente liberada, salvo questões relacionadas como a menor idade, mas mesmo assim a sua aquisição não é das mais difíceis, sendo pouco controlada. Mesmo que seu uso não seja contínuo, sendo considerados por alguns de "uso social" ou frequente ou por dependência do usuário, não pode ser tratado como inofensivo. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de dois bilhões de pessoas ingerem bebidas alcoólicas. O uso descontrolado dessa droga contribui em um dos principais fatores à diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil perdidos (SENA *et al.*, 2011).

Assim como recorda Marques e Mângia (2013), a Organização Mundial de Saúde destaca que o alcoolismo corresponde a aproximadamente, 40% da população mundial acima de 15 anos e cerca de 76,3 milhões de pessoas apresentando dependência decorrestes

do consumo dessa substância. Relata ainda, que no Brasil as pesquisas apontam 12% da população apresentando dependências decorrentes do uso do álcool. Partindo do campo da Saúde Pública, este dado é extremamente preocupante, pois uma parte dessas pessoas necessitam de alguma forma de tratamento ou apresentam algum quadro clínico que requer tratamento ou ações da Rede de Atenção imediatas.

Segundo estudos de Manguiera *et al.*, (2015) apontam estatísticas significativas sobre o aumento do consumo do álcool ao longo dos últimos anos. Seus dados revelaram que houve, embora pequeno, mas que demonstram um crescimento quantidade de pessoas que iniciaram na bebida em 2006 de 48%, comparando com 2012 esse valor foi para 50%. Pode parecer insignificante esse dado, mas vai apresentando um valor que ano a ano só vai crescendo, mesmo com toda informação seus índices aumentam. No entanto dados mais alarmantes em seus estudos apontam sobre a idade para a iniciação ao uso do álcool, idade que se encontra cada vez mais prematura.

Além desses aspectos já apontados, como qualquer outra doença, o alcoolismo leva a Síndrome de Dependência do Álcool retrata como uma disfunção ou inadaptação às necessidades da vida cotidiana, ou seja, dificulta drasticamente a vida em sociedade, gerando intensos conflitos aos sujeitos, sem falar que repercute em todos os ambientes que o consumista frequenta, iniciando na família, mas abrangendo ao trabalho e a vida em sociedade. Muitas vezes, a companheira do portador da Síndrome de Dependência do Álcool adoce devido as pressões e angústias diante da expectativa constante de novos constrangimentos, agressões, medos, frustrações em virtude das recaídas pelo álcool, ou até mesmo o próprio peso de assumir muitas vezes todas as responsabilidades do lar.

Nesta perspectiva, Lima, Amazonas e Motta (2007), destacam em seus estudos, as problematizações sofridas pelas mulheres de maridos alcoolistas. Mulheres estas que passam por níveis altos de estresses devido à doença do cônjuge, medo de que os filhos se tornem iguais aos pais, ou a situações vividas em função da síndrome do marido, por exemplo, agressões físicas e/ou verbais. Nesse sentido, há mulheres que passam grande parte de suas vidas em uma tentativa desesperadora de recuperar a estabilidade de sua família, devido a alguma doença. No caso das esposas dos portadores dessa síndrome, essas mulheres são obrigadas a gerenciar a casa, filhos e vida profissional sozinhas, e ainda têm

que lidar com a falta de informação, incapacidade e frustração por não conseguirem controlar a doença do marido, quase sempre se sentindo culpadas pela situação vivenciada. Embora existam várias teorias que expliquem essa síndrome, considera-se que suas consequências atingem não apenas o compulsivo por bebidas, mas depois de si mesmos, suas esposas, seus filhos, amigos e familiares que o circundam tornando todos vulneráveis ao estresse e provocando alterações em sua estabilidade física, emocional e financeira. Em outras palavras, desestruturando toda família.

Ainda no contexto família, Mangueira e Lopes (2014) apresenta o termo “família funcional”, que na prática não se caracteriza pela ausência de problemas, mas pela capacidade de enfrentamento e solucioná-los. Atestando que uma família se caracteriza não pela ausência de problemas, pois essa família não existe, mas naquela capaz de passar por processos de adaptações para um bom funcionamento familiar afetivo, onde se contempla em três aspectos: sistema de crenças na família, padrões de organização e processos de comunicação. Quando o alcoolismo adentra em uma família, esses aspectos se quebram e as famílias são modificadas, ao ponto muitas vezes de serem totalmente diluídas ou fragmentadas, pois a satisfação do seio familiar se dissipa. Com isso, essa família funcional que envolve uma série de processos dinâmicos não se entende mais, neste momento se ela não se voltar ao fato que está destruindo tudo que já foi construído, esse alcoolista perde-se totalmente a dependência, para um caminho de difícil retorno.

O alcoolista não se reconhece dependente aí entra o peso que a família tem para retirá-lo da dependência, mas por sua vez não trata de uma tarefa fácil, pelo sofrimento, vergonha e medo do que as pessoas vão dizer, justamente por não ser reconhecido por muitos o alcoolismo como doença, mas sim como conduta de pessoas de índole e caráter duvidosos. Essa situação dificulta o tratamento e a reintegração da pessoa na sociedade. Contudo ao final fica evidenciado que o alcoolismo vai muito além do financeiro, mas afeta os domínios sociais, psicológicos e fisiológicos, levando a um impacto muitas vezes irreparáveis no do seio familiar (LOPES *et al.*, 2015).

Conforme Sena *et al.*, (2011), independentemente da etiologia associada, o alcoolismo não deixa de ser uma doença, sendo considerado uma das mais graves para a humanidade, visto que afeta não apenas o usuário, mas todos os que coabitam direta ou

indiretamente com ele, acarretando graves consequências para o desenvolvimento das pessoas, para a qualidade de vida e de saúde daqueles que convivem com o vício. Está intimamente associado a acidentes, mortes no trânsito, delinquência, violência, ruptura, insegurança, instabilidade financeira e desorganização das relações interpessoais, além das indisposições dentro da família e afetivas, que muitas vezes, resultam destruições da instituição familiar, como de casamentos ou relacionamentos entre pais e filhos. Os autores relatam ainda em seus estudos, que no dia a dia da maioria das famílias que convivem com o alcoolistas o ambiente pode ser assinalado por conflitos interpessoais marcados por inconsistência e fragilidades nas relações afetivas, o que causa distanciamento emocional entre seus membros. Neste estudo, os autores destacaram a noção de que a família é vista como fragmentada, destruída, apresentando conflitos e crises existenciais constantes, convivendo com infelicidade, ansiedade e sentimento de impotência diante da situação vivenciada, além de seus membros terem uma grande chance de padecer com a violência doméstica, como por exemplo entre marido e esposa, ou pais e filhos.

Sem falar em todos problemas causados pelo alcoolismo no âmbito familiar e social Toffolo, Marlière e Nemer (2013) exibem estudos sobre fatores de risco cardiovascular em alcoolistas em tratamentos, onde apresentou no processo de abstinência alterações antropométricas significativas. Comprovando a importância de serem bem acompanhados, pois o consumo exagerado de alimentos, que podem ocorrer devido ansiedades, por sua vez tende ao risco de ganho de peso e seguida o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. No estudo essa relação ficou clara, evidenciando a comparação de maior ganho de tecido adiposo por aqueles em abstinência do que aqueles em consumo frequente. Com isso, descreve que para livrar-se de uma dependência, não se pode simplesmente deixar de beber, mas para isso se faz necessário uma ajuda profissional, como o CAPSad

Em um estudo realizado com ratos de laboratório de Righi *et al.* (2016) observa-se que naqueles que consumiram álcool e praticaram alguma atividade física, as alterações enzimáticas são bem menores, do que em comparação à aqueles que consumiram álcool, mas levam uma vida sedentária. Notando que mesmo nos abusos no consumo de bebidas, quando realizada atividades físicas o organismo comporta-se muito melhor, minimizando possíveis complicações enzimáticas previstas no alcoolista sedentário. Nos levando a

reflexão de que o grande problema do alcoolismo não está atrelado exclusivamente ao consumo, mas sim a dependência deste.

No campo da psiquiatria constata-se estudos variados onde se tem o álcool associado a tentativas de suicídios em homens. No que tange a relação entre o consumo de álcool e essas tentativas, o alcoolista tem esse fator potencializado, atentando uma maior preocupação quando há um distanciamento da família, mas indicou que na lucidez como uma autoagressão optam por essa prática como uma maneira de punição por ter esse hábito (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Contudo, no tratamento do alcoolismo torna-se notório que o processo de escolha de decisão da prática terapêutica a ser adotada é de suma importância e requer uma atenção muito grande. Antes de tudo mostra-se necessário realizar o levantamento do quantitativo e do perfil epidemiológico, para melhor tecer as estratégias. Pois diante da situação de enfermidade, os indivíduos tendem a iniciar uma trajetória em busca de respostas para seus problemas. Tal trajetória ou “itinerário terapêutico” pode ser definido como um “conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto, ou seja, o tratamento”, que pode ser mais ou menos acertada pelas pessoas que o buscam. Lembrando que nem sempre todos terão acesso a todos os tratamentos, ou poderão fazer uma escolha, mas sim aderir muitas vezes, àqueles instrumentos de cura que cabe dentro de suas possibilidades (RABELO, ALVES E SOUZA, 1999).

4. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS / CAPSad

Conjugadas as estratégias para implementação do itinerário, tem o executor das ações, os locais onde existem e podem ser implementados, como instituições públicas, aqui destacado o CAPSad, que está inserido em uma rede de serviços de atenção em saúde mental constituída por ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, serviços de saúde mental, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde. A rede de atenção à saúde mental no Brasil está integrada ao Sistema Único de Saúde, e sua característica é essencialmente pública, com apoio das esferas federais, estaduais e municipais. Embora a atenção em saúde mental seja tarefa de uma rede articulada de serviços, essa articulação deve incluir os recursos da comunidade para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados às pessoas com transtornos mentais, dentre eles o alcoolismo (BEZERRA E DIMENSTEIN, 2008).

Para entender melhor das estratégias da Saúde Mental, torna-se necessário lembrar como a reforma sanitária iniciou um grande projeto de mudanças, que se concretizou em 1987 com a criação do primeiro CAPS em Itapeva – SP, assim em 2001 na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi aprovada a lei federal nº 10.216 sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e reestruturação de todo modelo, nessas mudanças muitas experiências, modelos e serviços foram sendo criados e assim surgiu o CAPSad para suprir a demanda de pacientes com transtornos mentais em decorrência do álcool ou outras drogas. Dentro dos desafios desta reforma, os autores reportam a inserção da Saúde Mental na atenção básica, principalmente nas equipes da Estratégia Saúde da Família, notando a elaboração de projetos terapêuticos pautados na cidadania, no local da dor e sofrimento, na busca de novos caminhos, descentralizando o foco da doença e seu saber biomédico. (DELFINI, et al., 2009).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal

é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) há algumas diferenciações que precisam ser esclarecidas quando se fala em CAPS, pois devido a demanda há algumas particularidades, como:

CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes. Existem 788 unidades no país.

CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 424 unidades no país.

CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes. Existem 56 unidades no país.

CAPSad – serviço especializado para usuários de álcool e drogas (de 70 mil a 200 mil habitantes). Existem 268 unidades no país.

CAPS i - serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Acima de 200 mil habitantes. Existem 134 unidades no país (BRASIL, 2004).

O Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) traz a definição de CAPS como sendo um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo hoje porta de entrada para o SUS, conforme Decreto 7508/2012, para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Ele traduz como objetivo, a oferta de atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Apresenta-se ainda como um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Como isso, assim como descreve o Manual do Ministério da Saúde o CAPS visa:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);

- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Nesse sentido, no Brasil há como grande aparato legal onde se converge todas as atenções à grupos especiais envolvidos com álcool e outras drogas, o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas – CAPSad, sendo a referência de um serviço que oferece atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, que fornece consultas, medicamentos e terapias de grupos para tratamentos de transtornos mentais dependências (Bernardi e Kanan, 2015). Para Faria e Scheneider (2009) o CAPSad apresenta a grande missão de oferecer atendimento diário a pessoas que sofrem com transtornos mentais, ocasionados pelo uso abusivo do álcool e outras drogas, dispendo de cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, na ótica individual de evolução contínua. Criando oportunidades que vão desde atendimentos individuais à terapias em grupo, como oficinas terapêuticas à visitas domiciliares, tendo como meta garantir tratamento a pessoas com transtornos comportamentais decorrentes da dependência que acarretam danos físicos, psíquicos e sociais, promovendo a superação do estigma da dependência química e apresentando uma perspectiva de reflexão, onde a pessoa possa com lucidez raciocinar melhor sobre a sua vida, seus anseios e angústias, para um novo recomeçar social e familiarmente.

Dentre as modalidades de tratamento do CAPSad nota-se que existem três: a de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Entende-se por tratamento intensivo aquele do qual está voltado ao atendimento direcionado a pessoas com grave sofrimento psíquico, que precisam de um cuidado contínuo, nesta fase o paciente é atendido todo dia. O semi-intensivo também é um paciente que necessita de atenção direta da equipe, mas encontra-se com menos sofrimento e com menor gravidade em comparação ao anterior, sendo atendido até 12 dias ao mês. Por último o não intensivo será oferecido para o paciente que não necessita de suporte contínuo, sendo limitado em até 03 dias ao mês (PEIXOTO, et al., 2010).

Diante da complexidade que se pode transformar a vida do alcoolista, levando à caminhos nunca antes percorridos, há uma grande exigência aos profissionais que

trabalham neste serviço, de forma que busquem novos saberes teórico/práticos/políticos. Neste sentido, o estudo esclarece que a educação permanente precisa ser implementada, mostrando que quando isso ocorre novos projetos são construídos e transformações são notadas no aprimoramento dos CAPSad (SILVA E KNOBLOCH, 2016).

BRASIL (2004), destaca ainda como estratégia de atendimento do SUS, o perfil de seus usuários, como sendo aqueles que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Na maioria das vezes, observa-se que os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc). O que o manual tenta destacar é que hoje há um centro especial e específico, onde essas pessoas precisam saber que podem ser atendidas e saibam o que são e que podem fazer por elas, desde os mais diversos transtornos psiquiátricos que existem, até mesmo os relacionados com drogas, como o álcool por exemplo, que é o objeto desta pesquisa.

Monteiro *et al.*, (2011), apontam que perfil e adesão ao tratamento dos dependentes do álcool não sofrem influências dos familiares, quando estes não se fazem presentes, ou seja, o tratamento sofre pouca ou quase nenhuma influência a ausência de familiares. Concluindo assim, que a busca da cura depende exclusivamente do próprio paciente, em outras palavras ele precisa querer. Nesse sentido, Araújo *et al.*, (2012) demonstram o resultado de uma pesquisa sobre a relação entre o estágio motivacional e adesão ao tratamento de adolescentes usuários de drogas, evidenciando que 69,3% dos adolescentes não aderiram ao tratamento e ainda se declaravam não terem nem problema em relação ao uso de drogas, chancelando a tamanha dificuldade de adesão ao tratamento de um dependente, independentemente do tipo de droga.

Contudo, observa-se que a literatura sobre itinerários terapêuticos é ainda limitada em relação às possibilidades que esse estudo possa oferecer, ou seja, tem muito a ser identificado, mas ainda é pouco explorado. Outros núcleos de interesse, além daqueles aqui

destacados, podem ser estabelecidos ou aprofundados atendendo às necessidades de reflexão colocadas atualmente pelo campo do cuidado em saúde. Assim nota-se que os itinerários podem contribuir para transformações, mas para isso precisa ser trabalhado e aprimorado (CABRAL *et al.*, 2009).

Enfim, a frequência do problema do alcoolismo, geralmente oculto, é alarmante quando se estuda o padrão de comportamento da comunidade, analisando suas causas e determinantes que destroem famílias. Mostra-se necessário desenvolver estratégias de enfrentamento do alcoolismo de forma simples e prática, que pudesse ser executada a partir da realidade das Unidades de Saúde. O consumo do álcool deixa de ser um fim apenas de busca da droga, mas um processo comportamental e relacional, em que o álcool é um dos componentes devastadores. Um processo que acompanhe e evolua no tratamento do alcoolista faz necessário, aí entra o itinerário terapêutico que vai ao encontro dessas demandas para seu progresso cada vez mais (WAGNER, 2005)

4.1. CAPSad em Roraima

O Estado de Roraima dispõe de uma unidade de CAPSad que auxiliam no tratamento e recuperação de dependentes químicos, com a oferta do acompanhamento clínico e psicológico, através de serviços terapêuticos como oficinas de artesanatos, de culinária, palestras motivacionais e educativas. Trata-se de um serviço de livre demanda, que funciona 24 horas. O paciente é recebido e fica em tratamento por até 14 dias, e se ele não apresentar condições deve ser encaminhado para Unidade de Acolhimento, para dar continuidade ao tratamento por um período mais prolongado. No entanto, se durante os primeiros 14 dias de intervenção, ele conseguir se estabilizar passará para o acolhimento diurno, onde continuará sendo acompanhado pela equipe médica e psicossocial, participando também das oficinas terapêutica. Vale ressaltar que no período de realização desta pesquisa a unidade de acolhimento ainda está em fase implantação com previsão de funcionamento para o primeiro semestre de 2016 (PASQUALOTTO, 2009).

O processo de implantação do CAPSad no município de Boa Vista iniciou em meados do ano de 2001, no ano de 2004 o município recebeu habilitação para funcionamento da unidade CAPSad, publicado em diário oficial através da Portaria n ° 07 de 14 de Janeiro de 2014, entanto somente em 24 de abril de 2013 iniciou suas atividades em sede provisória, situada no Bairro dos Estados, no ano seguinte foi reinaugurado em sua sede atual.

Enquanto participante ativo desta pesquisa observei que a unidade dispõe de equipe multiprofissional nas 24h de atendimento e que buscam manter ativos os planejamentos idealizados pela rede, tais como oficinas terapêuticas, um ponto de relevância é que a unidade dispõe de interlocução com outros tratamentos, tais como Alcoólicos Anônimos e centros de recuperação, como a Fazenda Esperança, Casa do Pai e outros, de forma que em conjunto com o paciente busquem uma continuidade ao tratamento, desde que seja o desejo do paciente, existem momentos em que um representante de cada unidade desta apresente as estratégias de tratamento aos usuários e em caso se identifiquem com algum poderão ser encaminhados para o mesmo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Descrição dos Participantes

Durante a coleta de dados foram identificados 17 (dezesete) pacientes alcoolistas cadastrados na unidade de saúde CAPS AD de Boa Vista-RR, no entanto, destes, 7 pacientes já haviam recebido alta médica ou abandonado tratamento, sendo assim, foram excluídos da pesquisa, tendo em vista que não correspondiam aos critérios de inclusão da mesma, vale ressaltar que seguindo tais critérios foram abordados 100% dos usuários em atendimento no período da pesquisa, dado este que intensifica a credibilidade da pesquisa.

Dentre os resultados notou-se que os 10 participantes (APÊNDICE 3) da pesquisa eram do sexo masculino, fato que chamou a atenção, no entanto é válido ressaltar que nos registros da unidade havia uma mulher que passara por tratamento, porém já se encontrava de alta, tais dados corroboram aos resultados obtidos por Faria e Schneider (2009) onde encontrou entre perfil de usuários do CAPSad de Blumenau / SC maior proporção entre homens, com 88,15% de usuários do sexo masculino e apenas 11,85% do sexo feminino. Nesta mesma pesquisa foi identificada uma proporção de apenas 4,6% de mulheres com dependência de álcool. Em um outro estudo, Monteiro *et al.*, (2011), indicam que 89,9 % são do sexo masculino e apenas 11,1 % são do sexo feminino. Relatando um estudo, de Araújo *et al.*, (2012) realizado em Cuiabá observam valores muito próximos dos já apresentados, de 87,5% do sexo masculino, deixando claro que o perfil de usuários dos CAPSad, são na sua maioria contemplados por homens. Sendo assim os dados da pesquisa atual estão de acordo com os dados nacionais.

Nascimento (2016) reporta que esse fenômeno da masculinização do consumo de bebidas se dá pelo fato da visão de força, virilidade que está no código de aprendizado do homem, pois aquele que não bebe não pode ser bem visto na comunidade masculina, ou nem entrar em certos grupos, que tem como critério consumir bebidas, realizar práticas esportivas, como artes marciais ou atividades recreativas, que ao final terminam no bar. Ressalta-se ainda que o homem precisa dizer aos amigos que teve muitas relações sexuais, como uma forma de se apresentar como “mais homem” e beber muito como forma de parecer o mais forte. Mas há outra questão que vale ressaltar sobre esse valor significativo

de homens que consomem abusivamente o álcool, que trata da fisiologia, assim como recordam Vargas e Soares (2014) as mulheres têm maior biodisponibilidade ao álcool que os homens, isso porque possuem uma maior proporção de gordura corpórea, consequentemente maior absorção de álcool e devido a menor quantidade de água total no organismo. Com isso, um homem e uma mulher que ingerem a mesma quantidade de bebida alcoólica, a concentração sérica de etanol será maior na mulher, por isso elas são afetadas mais rapidamente. Confirmando dizeres populares de que as mulheres são “mais fracas” para bebidas do que os homens, assim elas tendem passar mal bebidas, sendo talvez um dos motivos de consumirem uma quantidade menor. Outra característica está relacionada ao perfil feminino de submissão no lar, onde é responsável pelos afazeres da casa e dos filhos, sobrando pouco tempo para momentos que podem levar ao consumo de bebidas.

Quanto à idade dos pacientes observamos que variaram entre 31 – 61 anos, com média de 48,2 anos. Monteiro *et al.*, (2011) encontraram 87,7% de pacientes dentro dessa faixa etária, enquanto que Faria e Schneider 67,2% pacientes. Destacando com isso, que a maioria dos pacientes que procuram por ajuda são homens de meia idade, mas que consomem bebidas há muitos anos. Dado esse confirmado com o estudo de Silva e Padilha (2013), sobre o alcoolismo na adolescência, que trata de um período crítico na vida das pessoas, no qual ocorrem novas descobertas significativas, sendo fundamentais para a formação da personalidade de uma pessoa, do ponto de vista biopsicossocial. Muitas vezes, esse jovem para ser aceito no grupo precisa assumir atitudes que provam sua “lealdade” ao grupo, como realizar coisas que não são de sua prática cotidiana, ou ter atitudes que não fazem parte de sua realidade, e assim associada principalmente a problemas familiares, tem uma grande facilidade de cair em dependências, como na iniciação da bebida. Com isso, as representações sociais de adolescentes sobre o alcoolismo e o hábito de consumir bebidas são atitudes arriscadas que o jovem tende a adentrar. Por outro lado, pode-se observar que o paciente que apresenta a maior dificuldade de aderir ao tratamento é o jovem, com idade abaixo dos 30 anos. Confirmando o dado encontrado no estudo atual, onde a faixa etária daqueles que buscam por ajuda em suas dependências são em média 48,2 anos.

Corroborando com os dados obtidos e as pesquisas referenciadas temos o estudo realizado pela Secretaria de Nacional Antidrogas no I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de Álcool, onde foram entrevistados 3007 indivíduos sobre seus hábitos de consumo do álcool e observou-se uma maior taxa de abstenção entre as mulheres, com proporção de 59%, a pesquisa destacou ainda que 39% dos homens bebem ao menos uma vez por semana e 11% bebem diariamente, havendo diferença também na quantidade em que consomem, sendo que a média de consumo entre as mulheres foi de até duas doses e entre os homens até 5 doses. Entre os jovens brasileiros a pesquisa apontou um percentual de 66% de absenteísmo, no entanto quando refere o início do uso do álcool na faixa dos 13,9 e 14,6 anos (BRASIL, 2007).

Quanto aos padrões de escolaridade são observados neste estudo uma baixa escolaridade dos participantes, salvo apenas um que informou possuir nível superior, tendo a ocupação de professor de escola pública, os demais informaram que atuam em atividades voltadas a prestação de serviços a nível técnico ou básico como pedreiro, carpinteiro, eletricitista, motorista, funileiro, vigilante, dedetizador e guardador de carros. Dados similares foram encontrados por Brites e Abreu (2014) onde mostraram as variáveis sobre a escolaridade de alcoolistas, apresentando ser mais significativas nas classes de pouca escolaridade, verificando que 63,4% de pacientes alcoolistas possuem baixa escolaridade. Monteiro *et al.*, (2011) apontam que 40% desse contingente são de pacientes com ensino fundamental, somando o número de ensino básico e fundamental com o não alfabetizado perfaz 68,7% de pacientes com baixíssima escolaridade. Este dado acaba levantando uma questão, nas classes de baixa renda e pouca escolaridade o consumo abusivo do álcool é maior que nas classes mais abastadas e de maior nível intelectual, porém as razões para tal afirmação ainda são pouco conhecidas, sendo necessários estudos nessa área.

Relacionado à baixa escolaridade está a instabilidade no emprego, onde identificamos no estudo atual que quatro dos entrevistados estavam afastados pelo INSS, os demais haviam perdido os seus empregos devido o alcoolismo. Como já mencionado por vários autores as condições financeiras desfavoráveis interferem diretamente na manutenção do tratamento podendo inclusive trazer complicações, tais como o suicídio.

Quando perguntados sobre o tempo que fazem uso do álcool oito dos pacientes relataram que bebem a mais de 10 anos, ou seja, o consumo abusivo da bebida iniciou na adolescência ou início da vida adulta, dado este que confirma os descritos das literaturas disponíveis de que se leva muitos anos para identificar a dependência.

Em relação a questões familiares nota-se um ponto interessante, sete pacientes hoje vivem sozinhos, apenas três vivem com sua família. Mas os sete solteiros nem sempre viveram sozinhos, todos mantiveram relações estáveis e duradoras tendo filhos de seus relacionamentos, mas após a dependência consolidada em suas vidas, as pessoas mais próximas se distanciaram, principalmente companheiras e filhos. Descrevendo assim, o como e quanto é devastador o alcoolismo no seio familiar, deixando feridas de difíceis cicatrizações. Nesse sentido, Lima, Amazonas e Motta (2007) apontam que 95,53% das mulheres de alcoolistas apresentaram algum grau de estresse, afirmando que a família de um dependente é constantemente sobrecarregada pelos problemas advindos do uso do álcool, levando muitas vezes a esposa a exaustão. Demonstrando que o cônjuge em seu estado de embriagues invade no dia a dia, por todos os lados a sua vida, com os mais variados imprevistos, importunos e preocupações, que tende a lhe proporcionar um processo de esgotamento físico e psíquico. Os autores apresentam alguns relatos das esposas como esses:

...ele passa noites fora de casa, chega de madrugada, bêbado. Sinto tanto ódio, raiva. Eu não consigo me controlar... dá vontade de deixar ele no canto e desaparecer pra não ver a cara dele, dá raiva (LIMA, AMAZONAS E MOTTA, 2007).

Tornando a separação como condição inevitável e o distanciamento de familiares também, sobrando somente os “amigos” que enfrentam os mesmos problemas, sem condições de auxiliar no enfrentamento ou mesmo de identificar o adoecimento. Lima, Amazonas e Motta (2007) relatam ainda a grande preocupação das esposas é do medo que tem de seus filhos se tornarem dependentes do mesmo modo que seus pais, pois a convivência pode influenciar em futuros dependentes. Lopes *et al.*, (2015) relata que a família é a base ética e moral, que facilita o processo de desenvolvimento pessoal, direcionando os atos, ações e caminhos traçados pelos filhos. Confirmando com isso, o

como as esposas de alcoolistas se preocupam com o consumo abusivo do álcool de seus cônjuges.

Ribeiro e outros autores (2016) destacam que como a família constitui um sistema social formado por normas, práticas e valores de um grupo, rodeado de características próprias, afetos e crenças, a falta de interação de seus membros faz com que as relações tornem-se fragilizadas, conflituosas, repletas de discussões, o que acarreta o afastamento dos homens do seio familiar e para a convicção do suicídio.

5.2 Dados sobre Alcoolismo

Neste ponto a primeira pergunta traz respostas um tanto contraditórias que distorcem da realidade, pois todos são pacientes que fazem tratamento pela dependência do alcoolismo e mesmo assim ainda houve metade dos entrevistados que declararam não serem dependentes, informando que “bebe socialmente”. No fundo essa é uma realidade dos alcoolistas, alguns demoram para se auto declararem dependentes, ou seja, cada um tem o seu tempo, alguns mais outros menos, havendo inclusive aquele que poderá nunca se autodeclarar dependente. Felicíssimo, Casela e Ronzani (2013) confirmam esse dado em seus estudos, acrescentando ainda que além de alguns pacientes não se considerarem dependentes do álcool, relatam que a bebida os ajuda nos fatores de auto afirmação, para a formação de um sentimento positivo e de uma maior desenvoltura social. Onde o álcool atuaria como uma estratégia de enfrentamento em situações anormais, haja vista que o álcool facilita em suas interações sociais, deixando-os mais confiantes, desinibidos e favorecendo em suas relações interpessoais. Segundo Peixoto *et al.*, (2010), o primeiro passo para bons resultados no tratamento para o alcoolismo é a aceitação e convicção que é alcoolista, que trata de uma doença e requer tratamento, ou seja, a eficácia do tratamento depende exclusivamente da adesão do paciente. Essa não aceitação constitui o fracasso e o grande problema de qualquer tratamento, principalmente do alcoolismo.

A Organização Mundial de Saúde, desde o ano de 1967 considera o alcoolismo como doença e recomenda que as autoridades a reconheçam como tal, para tanto faz-se

necessário que os profissionais de saúde que integram o cotidiano destes paciente possuam capacitação para reconhecimento e elaboração de estratégias que minimizem os impactos provocados pela abstenção e internação, bem como o apoio para identificação dos sintomas que caracterizam o consumo do álcool como doença.

Krugner (2005) afirma que o alcoolismo não é um simples problema de atinge uma cifra de pessoas é um profundo problema humano, familiar, social e espiritual, implica a destruição das pessoas afetadas e menciona ainda que não existe, até o momento, uma medicação para frear ou deter o consumo do álcool. Relata que o doente alcoolista não tem cura, mas que é passível de recuperação e que como toda recuperação o primeiro passo é o reconhecimento e aceitação do problema para então enfrenta-lo. O autor utiliza em seu livro o exemplo do atendimento realizado pelos Alcoólatras Anônimos, onde são realizadas sessões de tratamento para identificação da doença e na sequência a manutenção da sobriedade, assumindo um passo de cada vez.

O mesmo autor aborda ainda algumas medidas de tratamento que são baseadas no abandono total do álcool e refere que tal situação é difícil de ser controlada, nos pacientes com a doença já instalada, considerando-se que para estes indivíduos não há controle após o primeiro gole. Destaca ainda que para esta decisão é necessária “força de vontade” e nos pacientes alcoolistas esta força esta possuída pela doença, não havendo controle sobre os próprios interesses, reforçando a ideia de que é necessário, como primeiro passo, para que com “boa vontade” se consiga avançar na recuperação. (KRUGNER, 2005)

Nesta pesquisa percebemos que alguns mesmo se declarando não dependentes da bebida foram unânimes em dizer que o álcool de alguma maneira influenciou negativamente suas vidas, como em separações, acidentes de trânsito, distanciamento da família, perdas materiais, problemas de saúde e no trabalho. No estudo de Monteiro *et al.*, (2011) apontam uma taxa de desemprego altíssima, de 35,7% entre os dependentes já declarados. Em relação ao trabalho, conforme Donato e Zeitoune (2006), o alcoolismo é a terceira maior causa de ausências no trabalho, causando prejuízos para o trabalhador e a empresa, que não vê esse seu funcionário com bons olhos, podendo tentar ajudá-lo, ou não. Na maioria das vezes a empresa dispensa, não querendo assumir os custos de seu tratamento, sem a confiança que realmente resolverá.

Quando perguntados sobre como iniciaram o consumo do álcool os participantes da pesquisa elencaram os personagens que teriam lhe apresentado a bebida e uma maior proporção destes foram influenciados pelos pais, seguido dos amigos e entrada nos serviços militares. Lima, Amazonas e Motta (2007) corroboram que essa influência do pai alcoolista realmente é muito forte na formação de caráter e atitudes de seus filhos, que tem principalmente na primeira infância seu pai como seu herói. Compactuando ainda com as preocupações das mulheres / esposas dos alcoolistas de que seus filhos podem percorrer os mesmos caminhos dos pais.

Nascimento (2016) em seus estudos destaca a grande influência do pai na dependência, que logo na primeira infância vai aos poucos apresentando a bebida ao filho, com dizeres “toma aí a espuminha da cerveja, não faz nenhum mal”, com isso incentiva ao consumo. Ou apresenta ao filho que para “ser homem de verdade” tem que beber. O autor reforça a ideia do discurso público da masculinidade no ato de beber, pois quanto mais bebe mais forte ele se mostra. Sendo comum em rodas de amigos, aquele que se vangloria ao dizer: “na festinha lá em casa eu e mais um amigo bebemos três caixas de cerveja”. Como se fosse a honra masculina, difundindo esse espírito para outros redutos masculinos, como grupos de artes marciais e futebol, que tem em comum ao final acabar bebendo em um bar, isso não é em sua totalidade, pois há grupos de práticas esportivas comprometidos com o esporte, mas outros que buscam somente uma desculpa. Lima, Amazonas e Motta (2007), abordam a visão da esposa do alcoolista diante das consequências da dependência de seu cônjuge, principalmente àquelas que afetam os filhos, pois o maior medo das mães é a influência negativa do marido em transcender a sua vivência a uma nova dependência, passada para o filho, comprovado já em estudos que o filho do alcoolista tem quatro vezes mais chances de tornar-se um novo alcoolista, do que em comparação aquele filho de pais que não consomem bebidas. Observando que o consumo de bebidas dentro de casa deve ser tratado com cautela, Mangueira e Lopes (2014) clareiam o objeto do estudo, do qual apresenta a família disfuncional que está norteadas de antecedentes do alcoolismo. Em outras palavras, mostra o quanto é perigoso a desestruturação das famílias que abrem portas para as mais variadas dependências possíveis, mas destaca a influência genética, o fato de

conviver com um alcoolista pode levar o indivíduo a se tornar dependente do álcool. Em um dos achados, um participante do estudo afirma:

...hoje meus filhos são alcoólatras por causa de mim, que levei a bebida para dentro de casa, inclusive em uma das vezes que bebíamos juntos, meu filho mais novo em discussão com o mais velho (ambos embriagados) matou seu irmão na minha frente. Foi a gota d'água para minha mulher me botar pra fora de casa, para mim ir morar nas ruas e me afundar de vez na cachaça (P05).

Uma segunda vertente que poderia chamar de influências externas encontra-se o maior achado, sete participantes que relataram o início do consumo de bebidas por influência de amigos. Sendo estes no ambiente de trabalho, como no quartel, em festas, jogos de futebol ou na prostituição, sempre acompanhados de amigos. O consumo de bebidas alcoólicas entre amigos associadas ao ambiente de trabalho pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo, onde aquele novo funcionário precisa garantir a sua aceitação e interagir mais no seu ambiente (FONSECA, 2007). Esta afirmação se confirma no relato de um dos participantes da pesquisa:

Quando entrei no quartel todos os meus novos amigos bebiam e assim tive que começar a beber para poder entrar naquele grupo, pois no quartel um homem que não bebe não é bem visto e é excluído das rodas de amigos. P 04

Um outro participante também faz seu relato do início da dependência associando o grupo de amigos a bebida, onde descreve:

...após os jogos sempre terminávamos em um bar, tinha sempre uma boa desculpa para bebermos, se a gente ganhasse a gente bebia, se perdesse também e assim no empate também tinha que beber, independente do jogo bom ou ruim, a cachaça não podia faltar". P03

No contexto abordado percebe-se que para diminuir ou acabar decisivamente com o consumo abusivo do álcool medidas mais eficazes precisam ser implementadas, assim como ressaltam Manguiera *et al.*, (2015) um trabalho mais intensivo de combate ao alcoolismo e as influências de início de consumo do álcool também devem evitadas. Contudo, políticas públicas que busquem reduzir as desigualdades sociais e econômicas, de modo a assegurar o acesso a bens e serviços tem a necessidade de ser melhor implementado. Tais políticas devem ser aplicadas na conjuntura da problemática do alcoolismo, com o desenvolvimento de ações de promoção a saúde, oportunidades equidade na geração de emprego e renda, e conseqüentemente qualidade de vida. Estes são fatores

decisivos nos dias de hoje para que se inicie a reestruturação das famílias, pois os autores já citados recordam o como são importantes os laços familiares e a estruturação das famílias na formação de novos sujeitos da sociedade.

Observando outros pontos do estudo, nota-se que a relação de consumo do álcool em combinação com outras drogas foi identificado entre os dez participantes, sendo que quatro faziam uso de outras drogas paralelas ao álcool, neste grupo ainda relataram que a bebida ajudava na “fissura” de consumir outras drogas juntas com ela. Nos estudos de Faria e Scheneider (2009) 32,2% dos entrevistados indicaram o consumo cruzado do álcool com outras drogas, de forma que o alcoolismo serve como porta de entrada para outras drogas, pois todos dependentes do estudo relatam que o álcool ajudou na iniciação a dependência. Demonstrando o tão devastador que é o álcool, assim como são a cocaína, heroína ou craque, mas que infelizmente está liberado no mercado sem muito controle, tendo o jovem acesso com facilidade.

No entanto é importante ressaltar que o uso do álcool nem sempre irá se tornar uma doença, não havendo ainda uma explicação para o ponto que determine a dependência, existem pessoal que até possuem uma alta tolerância ao álcool, porém é sabido que em dado momento o consumo excessivo causara alterações e comportamento e até mesmo intoxicação alcoólica, culminando com o ponto em que o doente não terá mais controle sobre o consumo, sendo assim a doença não tem a ver com o tipo ou quantidade de álcool que se ingere, mas sim com a dependência. (KRUGNER, 2005)

Quanto à indagação sobre as motivações ou percepções sobre a busca de tratamento, constata-se duas vertentes, ou duas grandes motivações, que podemos dividir em internas e externas: como motivação interna a família e externa o trabalho, justiça e religião. Essas influências internas são extremamente significativas, como Araújo *et al* (2012), recordam em seus estudos a relação da família é decisiva na eficácia do tratamento e depois na permanência da abstinência desse paciente, reiterando que a família deve estar cada vez mais aproximada do tratamento, sendo a parte fundamental no projeto de intervenção. Assim Araújo *et al.*, (2012) denotam que à participação ou influência da família, que acompanham seus jovens com problemas com álcool permanecem por mais tempo no serviço e no tratamento, enquanto que aqueles que não tem a família presente não

permanecem com tanta prontidão ao tratamento, muitas vezes, desistindo antes do término. Por outro lado, nem sempre é muito amistosa a relação da família com o alcoolista, como relatam Sena *et al.*, (2011) os familiares fizeram ver que a convivência diária com uma pessoa alcoolista implica em diversas formas de violência, desde as mais agressivas (violências físicas) até as mais veladas (verbais), nesse sentido a família que poderia ajudar acaba se distanciando do alcoolista, sendo prejudicial para um bom prognóstico. Observa-se ainda que para o paciente a desesperança dentro de sua realidade de não conseguir viver sem o álcool vai acumulando com sua vida conturbada ao nível social, mas principalmente com a família, que seria seu alicerce e a sua volta nos momentos de aflição (RIBEIRO, *et al.*, 2016). Em relação a fatores externos, como no trabalho, os resultados da pesquisa de Brites e Abreu (2014) nos revelam um padrão de consumo de bebidas alcoólicas rotineira entre trabalhadores, principalmente após o trabalho para ajudar a relaxar o estresse do trabalho, ou seja, os *happy hour* são muito comuns entre trabalhadores após o trabalho do que se imagina, sendo uma prática de todas as classes sociais. O interessante que nenhum “chefe” de uma empresa quer um funcionário embriagado, mas qualquer festa de empresa são regradas de bebidas, inclusive brindes ou premiações compostas de bebidas.

Quanto ao tempo de tratamento pôde-se perceber que a maioria estava em tratamento a um ano (sete participantes) e apenas três por mais tempo. Estudos abrem a discussão falando que esse tempo de permanência é muito relativo para cada pessoa, dependendo principalmente da motivação e interação familiar, para ajudá-lo permanecer nessa abstinência, como os Alcoólatras Anônimos declaram “hoje eu não vou beber”, e cada dia é um novo amanhecer que desperta com essa convicção (CAMPOS, 2005).

5.3 Dados sobre Comorbidades

Foram realizadas três perguntas quanto às comorbidades, primeiro foram arguidos sobre possuir alguma comorbidade e identificamos que oito pacientes apresentaram uma ou mais doença, sendo as mais frequentes as alterações hepáticas, com a cirrose e a hepatite sendo mais citadas, observamos ainda que dois pacientes já apresentam alterações neurológicas em decorrência do uso excessivo do álcool. Em seguida foram questionados sobre a doença que possuem ter relação com o consumo do álcool e somente 2 afirmaram

que o álcool não faz nenhum mal à saúde. Reforçando nossos resultados Rocha e Pereira (2007) realmente destacam a cirrose hepática como a comorbidade mais apontada pelos alcoolistas. Os autores anteriores enfatizam que é extremamente grave, sendo a segunda maior causa indicativa para o transplante hepático, tendo a hepatite C em primeiro lugar. No entanto, Reis e Clope (1998) analisam que os indivíduos com doença hepática desenvolvida pelo alcoolismo tendem a apresentar um comprometimento no seu estado nutricional, fator que influencia no tempo de hospitalização desses pacientes. Destacando as possíveis modificações no papel do álcool no desenvolvimento da desnutrição, representado pela substituição dos nutrientes na dieta pelo álcool, sem falar de alterações patológicas, metabólicas (presença das citocinas), da função intestinal e estocagem dos nutrientes. E por último foram perguntados sobre a sua comorbidade ter influenciado na sua busca por tratamento para o alcoolismo e somente dois afirmaram que sim, que por estarem sofrendo influência do álcool na saúde buscaram tratamento.

Alguns relatos dos entrevistados sobre o consumo do álcool:

“Se beber pouco não faz mal” P04

“A bebida só causa doença” P02”

*“Se beber pouco faz até bem pra saúde, tem gente
recomenda vinho”P 07*

Os entrevistados foram também questionados quanto a prática de utilização do álcool como terapia medicamentosa e oito participantes afirmam que o álcool faz mal para saúde e jamais confiaria alguma terapia com seu uso como princípio ativo. Houveram dois participantes que insistiram em afirmar que o álcool faz bem para saúde, principalmente para o coração, sendo uma das causas deles beberem. Lopes *et al.*, (2015) frisam que a literatura tem mostrado que o consumo de bebidas, quando moderado, trazem benefícios cardiovasculares, mas quando exagerado as consequências são devastadoras, não só para saúde, mas para integridade física, deixando a pessoa mais suscetível a traumas e acidentes.

E apesar de dois participantes terem se autodeclarados possuidores de alterações neurológicas, nenhum dos participantes relataram que o alcoolismo pode levar a problemas psiquiátricos, mas Silva e Padilha (2013) nos lembram que se consumido em excesso pode

acarretar sérios problemas psiquiátricos e psicológicos, desde de simples falhas na memória, até *delirium tremens*, ilusões e paranoias.

Como participante ativo da pesquisa pude perceber e identificar que um dos pacientes apresenta *delirium tremens* e relatou que bebeu por mais de 40 anos e devido a isso não lembra mais de muita coisa, e tem muita dificuldade para realização de atividades de afazeres domésticos simples, como varrer a casa, pois perdeu a sua coordenação motora. No decorrer da entrevista muitas respostas foram de difícil compreensão pois o mesmo não lembrava ou se perdia no discurso.

5.4 Dados sobre o Itinerário Terapêutico

Sobre o percurso que traçaram até iniciar o tratamento atual seis pacientes relataram que era a primeira vez que estavam em tratamento e apenas quatro que indicavam como sendo a segunda vez. Entre os que estavam em um segundo tratamento, três haviam passado anteriormente pelos Alcoólicos Anônimos – A.A. e um por uma clínica particular que trata de dependentes químicos.

Os usuários que buscaram por tratamento no A.A. foram unânimes em dizer que abandonaram o tratamento por não se adaptarem aos protocolos utilizados, como por exemplo a prática de terapia de grupo onde todos expõem seus sentimentos, aflições, medos e relembram momentos de dificuldade, fazendo com que sentissem angústia e sem enxergar saída sentiam ainda mais vontade de beber. O único que relatou ter passado por uma clínica particular, precisou sair antes do término do tratamento, devido ao falecimento do pai, que fez com que ele tivesse uma recaída e voltasse a bebida. Segundo Souza *et al.*, (2013) os processos de um percurso de cura ocorrem num determinado período de tempo, envolvendo inicialmente a identificação de um problema, que busca por solução que nem sempre são resolvidos pela saída desse problema, sendo denominado de “itinerário terapêutico”, com isso os autores refletem que nem sempre o mesmo itinerário servirá para todos os casos, alguns se adaptam melhor com um e outros com outros, mas tem que haver a busca, ele só será eficaz se houver a intenção de resolver esse problema. Por isso, trata-se de suma importância o conhecimento das estratégias de enfrentamento daquele mal que está

afligindo o indivíduo. Sendo assim podemos dizer que a não continuidade dos pacientes no A.A. tem a ver com o momento que cada um estava vivenciando e não com a prática adotada pelo programa (SONZA, et al., 2013). Assim como destaca um dos participantes da pesquisa:

...na época que fui para o A.A. levado pela minha mulher, mas não queria me tratar, diziam que eu ia melhorar, mas não achava que precisava melhorar em nada, estava bom assim, achava que podia me controlar.

Outro relato sobre o A.A. diz:

No A.A. é muito ruim, deixa a gente pra baixo, só falam de histórias de bebidas, de coisas tristes, onde nos deixa ainda pior. Mas não estava com muita vontade de parar de beber”.

Vale ressaltar que para uma eficiente adesão ao tratamento deve existir, antes de tudo vontade de se tratar atrelada a necessidade de acolhimento, que diz respeito a uma escuta de qualidade da queixa do paciente, avaliação dos recursos necessários para o manejo daquele caso e tratamento individualizado de suas particularidades, com isso definindo com astúcia a estratégica terapêutica de cada indivíduo (SONZA, et al., 2013).

Devemos lembrar também que a porta de entrada do usuário na rede de assistência à saúde seriam as unidades básicas de saúde (UBS), passando por ambulatórios, hospital dia, centro de convivências e internações (breves e longas) (RIBEIRO, 2004), levando-se em consideração o vínculo estabelecido entre o profissional atuante na atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o usuário. Seria ele o elo principal entre o dependente e o os serviços de saúde, no entanto na presente pesquisa não houve nenhum relato de usuário que tenha sido atendido ou mesmo encaminhado aos serviços da atenção primária.

De acordo com Marques (2004) a unidade básica de saúde é o ambiente onde o estigma é menor e, conseqüentemente, também será menor a resistência do indivíduo à abordagem e orientação sobre o problema. Neste nível de serviço é possível que um profissional utilize técnicas de intervenções breves (IB) e em poucos minutos consigam investigar sobre o uso problemático do álcool e ainda realizar aconselhamento que vise a diminuição do consumo.

Marques (2004) descreve ainda que o objetivo principal das IB é reduzir os danos provocados pelo longo tempo de consumo do álcool. No entanto é necessário que a equipe atuante na ESF esteja sempre aberta a receber estes pacientes e treinada para identificar as necessidades de cada paciente, tendo em vista que tais intervenções não se aplicam a paciente com síndromes alcoólicas já instaladas, talvez tenha sido este o motivo de nossos entrevistados terem pulado esta etapa, pois foram encaminhados a unidade de CAPS AD apresentando situações extremas da dependência, ou mesmo durante quadros de abstinência e alguns com vínculos familiares rompidos, não possuindo residência fixa e logo não estando vinculados a nenhuma UBS.

Entre os seis participantes que estavam pela primeira vez em tratamento, observa-se que são alcoolistas de uma longa data, todos autodeclarados consumidores compulsivos do álcool por mais de 20 anos, mas mesmo assim, destacam que somente agora por incentivo de outras pessoas e por agravamento da doença que buscaram por ajuda, desse grupo apenas um declarou que buscou por incentivo próprio. O reconhecimento do alcoolismo como doença e que precisa de tratamento não é tão simples assim, o dependente e a própria família buscam negar veementemente a dependência, mesmo quando ocorrem episódios de sofrimento, medo e angústia de ser estigmatizado, até mesmo situações que causam constrangimentos, costumam acreditar que trata de uma doença que requer uma intervenção (LOPES, *et al.*, 2015). No estudo pode-se perceber que cinco não se consideravam alcoolistas, mas que bebiam socialmente, demonstrando a grande dificuldade de auto aceitação a dependência, mas por outro lado confirmam que o alcoolismo influenciou negativamente em suas vidas. Assim como relatam:

“O álcool me fez sofrer vários acidentes de moto”. P2

“devido a bebida minha vida ficou muito pior, perdi dinheiro e oportunidade de empregos”. P4

“o rendimento no meu trabalho foi ficando cada vez menor e meus clientes foram todos sumindo, pois não honrava com meus compromissos devido a bebida”. P7

“passei por vários casamentos, todos terminaram em separação, tive nove filhos, mas hoje não tem nenhum que vem me ver”. P1

“tive uma vida boa, ganhava bem e vivia com dinheiro, mas perdi tudo”. P10

A negação de uma dependência e de uma doença fica clara em outros estudos, como de Silva e Padilha (2013), onde um grupo de jovens relatam ter controle sobre a bebida e sendo assim ela não faz nenhum mal, na verdade não perfazendo a realidade inserida desses

grupos imersos em problemas sociais onde por traz tem sempre o álcool envolvido. Brites e Abreu (2014) reforçam essa negação que o álcool faz mal em seus achados, onde revelam um grupo de trabalhadores afastados por licenças médicas, que são concedidas pelos problemas que tem no seu ínfimo o alcoolismo, mas não confessados por seus autores. Felicíssimo, Casela e Ronzani (2013), apresentam outra dificuldade de adesão ao tratamento do alcoolismo, reportando que seus déficits de relacionamentos, como de autoafirmação e desenvoltura social são amenizados com o consumo do álcool. Contudo, dar início a um tratamento é preciso vencer obstáculos de conscientização que está doente, que trata-se de uma doença e que só se livrará dela se aderir a um tratamento e permanecer em vigilância. Essa convicção para uma tomada decisão por levar anos, até que a pessoa perceba todas as perdas que teve, prejuízos ou males que causou, algo assim apresenta tempos muito variados para cada pessoa (MONTEIRO, *et al.*, 2011). Nesse sentido, os relatos dos participantes apontam:

“levei mais de 40 anos para perceber que não tinha controle com bebida”. P 01

“desde dos 14 anos bebo, hoje com 44 anos que busquei ajuda no CAPS, mas influenciado pela última empresa que trabalhei, que me mostrou que precisava de ajuda”. P 05

“bebi há 27 anos, hoje parei depois de perceber que a bebida não dava futuro”. P 02

Entre os motivos apontados pelos participantes para ir em busca de tratamento destacamos que dois gostariam de retomar suas atividades laborais, um gostaria de voltar ao convívio familiar, dois por problemas de saúde, tendo um destes sofrido vários acidentes de trânsito, com sequelas e um alegou só estar ali por determinação judicial, haja vista que foi apreendido dirigindo embriagado e encaminhado compulsoriamente ao CAPS.

Quando indagados sobre as principais dificuldades de permanência na abstinência do álcool metade dos entrevistados alegaram que não conseguem recusar os convites dos amigos, seguido dos problemas financeiros, falta de apoio familiar, observar outras pessoas bebendo, ter bebida em casa ou fazer uso do cigarro. Assim como observa-se em alguns relatos:

“Encontro com amigos é perigoso, pois sempre acaba com cerveja, aí não tem quem resista”. P2

“Jogos também nos leva para bebida, como sinuca e dominó”.P8

“Ter bebida por perto não é bom, em casa mesmo não pode ter”. P6

“Falta de apoio é sempre ruim, principalmente quando você não tem familiares por perto ou que seus amigos são todos da bebedeira”. P9

“no uso de outras drogas, desde o cigarro até outras mais fortes sempre dão vontade de beber”. P3

“a falta da família, estar morando só, longe da última esposa que tive e dos meus filhos me deixam pior e a vontade de beber aumenta”. P5

“a questão financeira bateu pesado, quando não pude ajudar mais minha família em casa o que me restava foi a bebida para me consolar”. P10

Nestes relatos percebemos que os entrevistados possuem um círculo restrito de amizade, cultivam a bebida como hábito ou como estilo de vida. E apontam a bebida como fator integrador das suas relações sociais e nas atividades de entretenimento, no entanto a percebem como uma ameaça, um perigo que deve ser evitado.

De acordo com CISA (2016) a dependência do álcool afeta diretamente as relações sociais do indivíduo, gerando impactos na família, no trabalho, relações de amizade. Naquilo que tange à família, o uso de bebidas alcoólicas está associado às consequências negativas tanto daquele que bebe quanto de seu companheiro e filho. Os danos do álcool à família podem vir de diversas formas, seja pela saúde física e mental de seus membros, seja pela saúde financeira do lar.

A família é atualmente reconhecida como percussora no desenvolvimento do bem-estar social, emocional e espiritual, sendo assim a ausência desta afeta diretamente a recuperação do indivíduo, tendo em vista que o processo de reconhecimento da doença passa pela necessidade de apoio social, emocional e espiritual (RINALDO, 2008). Nos relatos dos entrevistados a carência deste contado contato com a família e baseado nas publicações identificamos como potencial fragilidade ao sucesso do processo de recuperação dos dependentes.

CISA (2016) relata ainda os impactos na vida financeira do indivíduo e da família, destaca um estudo no Sri Lanka onde 7% dos dependentes de álcool gastam mais que a sua renda com o consumo do álcool, sem contar nas possibilidades de emprego que o indivíduo perde e nas situações de subemprego aos quais se sujeitam, pela necessidade de sustentar a dependência.

Não podemos deixar de mencionar que o álcool é considerado como uma droga lícita, logo, bem aceita na sociedade, e como não há consenso sobre o ponto culminante no processo de adoecimento, não podemos determinar o álcool como um problema, mas sim a dependência que o mesmo pode causar.

Ao final das entrevistas foi perguntado se os participantes gostariam de deixar alguma mensagem, palavras ou orientações aqueles que buscam um percurso de cura. Assim houveram palavras que conotavam a necessidade de aceitação da doença e que busca por tratamentos, até dizeres sobre os grandes malefícios a saúde e a vida de uma pessoa que pode causar o alcoolismo. Demonstrando que seus caminhos percorridos, suas histórias de conquistas e derrotas construíram um itinerário dos mais variados, que só poderá ser construído por cada um que o fizer, mas que não aconselham a ninguém vir a percorrer. Um dos relatos mais impactantes apresentam essas ideias, assim como destacam:

A hora que percebi que precisava buscar outro rumo pra vida foi quando um dia cheguei em casa e vi minha filha chorando, fui falar com ela mas não quis me dizer o que era. Fui falar com sua mãe e ela me falou que seus amigos na escola que viram seu pai caído bêbado em um bar perto da escola. A partir desse dia resolvi deixar de beber, pois é muito triste um filho seu ter vergonha do pai, ai vim buscar um tratamento. E a mensagem que deixo é que o álcool vai te distanciando do que você tem de maior valor, seus filhos a ponto de distanciarem completamente de você. Antes que perdesse de vez busquei ajuda. P10

Com isso, o estudo demonstra a grande importância da família na recuperação do paciente, apresentando que os caminhos para cura são os mais diversos percorridos e construídos, mas que precisão da adesão e de uma grande motivação para realmente serem feitos.

A cerca das estratégias adotadas pelo CAPSad de Boa Vista destaco que apesar de atuarem enquanto tratamento biomédico dispõem de estratégia que viabilizam tratamentos alternativos, tendo em vista que oferecem ao paciente outras possibilidades de tratamento / acompanhamento, a exemplo disso cito a participação dos Alcoólicos Anônimos uma vez por semana dentro das dependências do CAPS, de forma que o usuário possa definir sua continuidade de tratamento haja vista que o CAPSad funciona como unidade de atendimento emergencial e os paciente só permanecem ali por ate 14 dias, sendo assim além de possuírem atividades de terapia ocupacional executam papel de interlocutor com outros serviços, tais como A. A., Casas de recuperação e hospitais. Vale ressaltar que esse processo é definido de maneira conjunta com os pacientes, fato que fortalece o sucesso do tratamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de termos utilizado uma amostra relativamente pequena podemos perceber que os pacientes atendidos na unidade CAPSad do município de Boa Vista possuem perfil semelhante aos já relatados em outros estudos, possuindo a maior prevalência entre homens, de nível socioeconômico mais baixo e com pouca escolaridade, abarcando em sua maioria, até 5 anos de estudo, não morando mais com a família (esposa e filhos), mas sim sozinho ou na casa dos pais e alguns até mesmo sem moradia fixa. Ressalta-se ainda que a amostra correspondeu a totalidade dos pacientes atendidos no período em que a pesquisa foi realizada reforçando o potencial da pesquisa.

O alcoolismo carrega consigo fatores predisponentes a muitas doenças, além da destruição de famílias, perda de emprego e perda da moralidade, identificamos entre os nossos entrevistados todos estes fatores, desde pacientes que relataram a perda de empregos estáveis até pacientes que viram seus filhos morrerem por conta do álcool. São famílias que se destroem, servidores que se aposentam ou profissionais que não produzem mais no auge da sua vida produtiva, vidas que se acabam por falta de estrutura para identificar e tratar a doença e pessoas que vagam em seus percursos de cura, muitas vezes sem nenhuma esperança de realmente alcançá-la. Além dos casos citados de comorbidades, entre elas a Cirrose Hepática que atualmente está entre as principais causas de morte no país. Nota-se também, que devido baixa escolaridade e falta de conhecimento sobre os malefícios da bebida, os pacientes não tem compreensão das complicações que podem causar.

De maneira geral o itinerário terapêutico dos pacientes alcoolistas abordados teve seu início através da dor e do sofrimento, seja ele pelo acometimento por uma doença, acidentes ocorridos enquanto estavam sobre efeito do álcool até a dor da perda do vínculo familiar, observamos que em nenhum dos casos houve relação entre o início do tratamento com as Unidades Básicas de Saúde, muito possivelmente por não possuírem residência fixa e até mesmo pelo fato de não se identificarem como doentes, sendo assim não havia motivos para buscar tratamento. Por outro lado observou-se também que a unidade do CAPSad Boa Vista não possui fluxo de referência e contra referência com as unidades

Básicas de Saúde para busca ativa de pacientes que abandonam tratamento, sendo assim o trabalho em rede se perde após a entrada do paciente na referida unidade.

Há de se ressaltar que o trabalho realizado pelo CAPSad Boa Vista funciona como atendimento emergencial, de forma que o paciente não estabelece vínculo com a unidade, ele é admitido para estabilização do quadro agudo da doença e posteriormente encaminhado a outros serviços de tratamento e este é definido em conjunto com o paciente, permitindo que ele construa seu próprio itinerário. Um fato que chamou a atenção foi que os pacientes não relataram buscas por tratamentos alternativos, ficando caracterizado que a compreensão de tratamento envolve apenas os padrões do modelo biomédico, muito embora seja este o modelo principal utilizado na unidade de CAPSad do município de Boa Vista.

Observamos que seis de nossos entrevistados estão em seu primeiro tratamento, não caracterizando uma longa jornada em busca da cura. Os demais sentiram-se frustrados em seus primeiros contatos com tratamentos, como em grupos do A.A. É importante ressaltar que os itinerários terapêuticos são individualizados, não cabendo ordenar a sequência de busca, nem mesmo a regulamentação por protocolos e isto foi identificado no presente estudo haja vista que os motivos para busca da cura foram os mais variados, desde os fomentados pelo resgate da família até o desejo de retomar as atividades laborais e uma minoria por perceber complicações a saúde, tais dados corroboram aos estudos nacionais, sendo assim nosso estudo fomenta a necessidade de intensificação de ações que minimizem ou esgotem o consumo abusivo do álcool, pois as complicações tornam-se mais caras aos cofres públicos do que a criação de políticas públicas. Por outro lado também ficou evidenciado que os pacientes tem se sentido bem na unidade e com boa receptividade ao tratamento implantado, notando uma equipe formada por multiprofissionais responsáveis e com grande engajamento, haja vista o tempo de permanência de cada um deles e até mesmo pelos que já passaram por outros serviços e não continuaram.

Por fim, ressalta-se o pioneirismo do estudo no Estado de Roraima e a possibilidade de ampliação dos estudos acerca dos fatores motivacionais do padecimento e a relação das características socioeconômicas com a doença no que se refere ao alcoolismo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo César. **A experiência da enfermidade: considerações teóricas.** Cad. Saúde Pública, v.9, n.3. Rio de Janeiro, jul./set. 1993.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, vol.25, n.11, pp.2309-2319, 2009.

ARAUJO, Nayara Bueno de; MARCON, Samira Reschetti; SILVA, Naiara Gajo; OLIVEIRA, José Roberto Temponi de. **Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT.** Jornal. bras. psiquiatr., vol.61, n.4, pp.227-234, 2012.

BERNARDI, Aline Batista; KANAN, Lilia Aparecida. **Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina.** Rio de Janeiro, Rev. Saúde debate, vol.39, n.107, pp.1105-1116, 2015.

Bezerra, Edilane; Dimenstein, Magda **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica.** Rio de Janeiro. Rev. Psicol. Cienc. Prof., vol.28, no.3, p.632-645, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 86p., 2004.

BRITES, Rianny Moura Rocha; ABREU, Ângela Maria Mendes de. **Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico.** São Paulo, Rev. Acta Paul. Enferm., vol.27, n.2, pp.93-99, 2014.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; HEMÁEZ, Angel Martinez; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, (16) 11, 4433-4442, 2011.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. **Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos.** Rev. Antropol., São Paulo, v. 48, n. 1, p. 315-361, June 2005.

DONATO, Marilurde; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. **Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 399-407, dez. 2006.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; SATO, Miki Takao; ANTONELI, Patrícia de Paulo; GUIMARAES, Paulo Octávio da Silva. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber.** Rio de Janeiro, Rev. Ciênc. saúde coletiva, vol.14, suppl.1, pp.1483-1492, 2009.

FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health.** Florianópolis, Rev. Psicol. Soc. vol.21, n.3, pp.324-333, 2009.

FELICISSIMO, Flaviane Bevilaqua; CASELA, Ana Luisa Marlière; RONZANI, Telmo Mota. **Habilidades sociais e alcoolismo: uma revisão da literatura.** Maringa, Psicol. estud., vol.18, n.1, pp.137-145, 2013.

FERREIRA, Jaqueline; ESPÍRITO SANTO, Wanda. **Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, p.179-198, 2012.

FUNDATO, Cinthia Tassiro; PETRILLI, Antonio Sergio; DIAS, Carla Gonçalves; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero de. **Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma.** Revista Brasileira de Cancerologia, 58(2):197-208, 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos.** Rev. Bras. Psiquiatr., vol.26, suppl.1, pp.11-13, 2004.

GUERIN, Giliane Dorneles; ROSSONI, Eloá; BUENO, Denise. **Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. vol.17, n.11, pp.3003-3010, 2012.

LEOPOLDO, Kae; LEYTON, Vilma; OLIVEIRA, Lucio Garcia de. **Uso exclusivo de álcool e em associação a outras drogas entre motoristas de caminhão que trafegam por rodovias do Estado de São Paulo, Brasil: um estudo transversal.** Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, vol.31, n.9, pp.1916-1928, 2015.

LIMA, Raitza Araújo dos Santos; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; MOTTA, Juliana Amazonas Gouveia. **Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool.** Rev. Estud. psicol. (Campinas) v.24 n.4 Campinas out./dez. 2007.

LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato; GANASSIN, Gabriela Schiavon; MARCON, Sonia Silva; DECESARO, Maria das Neves. **Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar.** Natal. Estud. psicol., vol.20, n.1, pp.22-30, 2015.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira.; MURAMOTO, Melissa Tieko. **Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; GUIMARÃES, Fernanda Jorge; MANGUEIRA, Jorgiana de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. **Promoção da saúde e políticas do álcool no Brasil: Revisão integrada da literatura.** Belo Horizonte, Rev. Psicol. Soc., vol.27, n.1, pp.157-168, 2015.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. **Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito.** Rev. bras. enferm., vol.67, n.1, pp.149-154, 2014.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool.** Rev. Interface (Botucatu), vol.17, no.45, p.433-444, jun. 2013.

MARTINS, Patricia Vieira; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia.** Rev. Physis. vol.24, n.1, pp.273-289, 2014.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. **Itinerário Terapêutico do adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus familiares.** Rev Latino-am Enfermagem. Texto extraído de Dissertação de Mestrado; Santa Catarina, Brasil, 2007.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; FÉ, Leandro Carvalho Moura; MOREIRA, Maycon Alex Cavalcante; ALBUQUERQUE, Isadora Elisa de Moura; SILVA, Michelly Gomes da; PASSAMANI, Mauro Cezar. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí.** Rio de Janeiro, Rev. Esc. Anna Nery, v. 15, n. 1, p. 90-95, mar. 2011.

MORAES, Renata Jacintho Siqueira; BARROCO, Sonia Mari Shima **Concepções do Alcoolismo na Atualidade: Pesquisas Hegemônicas, Avanços e Contradições.** Brasília, Psic.: Teor. e Pesq., vol.32, no.1, p.229-237, mar. 2016.

NASCIMENTO, Pedro. **Beber como homem: dilemas e armadilhas em etnografias sobre gênero e masculinidades.** São Paulo, Rev. Bras. Ciências Sociais, vol.31, n.90, pp.57-70, fev. 2016.

NEVES, Robson da Fonseca; NUNES, Mônica de Oliveira. **From legitimation to (re) signification: the therapeutic itinerary of workers with RSIs/WMSDs.** Ciênc. Saúde Coletiva, vol.15, n.1, pp.211-220, 2010.

OLIVEIRA, Karina Diniz; BARACAT, Emilio Carlos Elias; LANARO, Rafael; EUGENI, Caroline; RICCI, Ellen; RABELLO, Mayara Schiavon; SOUZA, Juliana Perpetuo de; GIMENES, Vitória Carneiro; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; FRAGA, Gustavo Pereira. **Alcohol and brief intervention for trauma victims.** Rev. Col. Bras. Cir., vol.42, n.4, pp.202-208, 2015.

PASQUALOTTO, Emanuele Cristina. **Dependência química : o olhar da mídia sobre o usuário em Boa Vista.** Boa Vista, 2009. In: ocplayer.com.br/16080447-Universidade-federal-de-roraima-centro-de-comunicacao-e-letras-cencel-departamento-de-comunicacao-social-emanuele-cristina-pasqualotto.html acessado em 15/08/2016

PEIXOTO, Clayton; PRADO, Carlos Henrique de Oliveira; RODRIGUES, Cristiele Pedroso; CHEDA, Julio Nelson Devicari; MOTA, Letícia Brito Tavares da; VERAS, André Barciela. **Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento**

de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal bras. psiquiatr.*, vol.59, n.4, pp.317-321, 2010.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. **Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados.** *Interface – Revista de Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo. V.16, n.41, p.435-447, 2012.

RABELO, Mirian Cristina; ALVES, Paulo César.; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 264p., 1999.

REIS, Nelzir Trindade; COPLE, Cláudia dos Santos. **Acompanhamento nutricional de cirróticos com história pregressa de alcoolismo.** *Rev. Nutr.*, Campinas , v. 11, n. 2, p. 139-148, dez. 1998 .

RIBEIRO, Danilo Bertasso; TERRA, Marlene Gomes; SOCCOL, Keity Laís Siepmann; SCHNEIDER, Jacó Fernando; CAMILLO, Lucia Amabile; PLEIN, Fátima Aparecida dos Santos. **Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas.** Porto Alegre. *Rev. Gaúcha Enferm.*, vol.37, n.1, e54896, Abr. 2016.

RIGHI, Thamires; CARVALHO, Camilo Amaro de; RIBEIRO, Lucas Mota; CUNHA, Daise Nunes Queiroz da; PAIVA, Ana Carolina Silva; NATALI, Antônio José; PEREIRA, Eveline Torres; LIMA, Luciana Moreira. **Consumo de álcool e a influência do exercício físico na atividade enzimática de ratos de wister.** *Rev. Bras. Med. Esporte*, vol.22, n.1, pp.40-44, 2016.

ROCHA, Edilma Gomes; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Representações sociais sobre cirrose hepática alcoólica elaboradas por seus portadores.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 670-676, dez. 2007 .

SENA, Edite Lago da Silva; BOERY, Rita Narrimam Silva de Oliveira; CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de; REIS, Helca Francioli Teixeira; MARQUES, Ana Maria Nunes. **Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 310-318, jun. 2011.

SILVA, Sílvio Éder Dias da Silva; PADILHA, Maria Itayra Padilha. **O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis,; v. 22(3), pp.576-84, 2013.

SILVA, Daniela Luciana Silva e; KNOBLOCH, Felícia. **A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas.** *Interface (Botucatu)*, vol.20, n.57, pp.325-335, 2016.

SONZA, Bruna; GANZER, Paula Patrícia; REIS, Zaida Cristiane dos; NODARI, Cristine Hermann; ALOISE, Pedro Gilberto; OLEA, Pelayo Munhoz; DORION, Eric Charles Henri. **Itinerários terapêuticos de dependentes químicos e usuários de álcool em Centro de Atenção Psicossocial.** II Congresso de Gestão, Educação e Promoção da Saúde, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/publicacoes.asp>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2016.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. **O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de**

profissionais de Saúde da Família. Rio de Janeiro, Rev. Physis, vol.25, n.4, pp.1335-1360, 2015.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de; SIGNORELLI, Marcos Claudio; COVIELLO, Denise Martin e PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul,** Brasil. Ciênc. saúde coletiva. vol.19, n.7, pp.2277-2286, 2014.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MEIRELES, Analice Alcantara; TAVARES, Kaylla Maria Castro; MENANDRO, Maria Cristina Smith. **Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família.** Rev. Psicol. cienc. prof., vol.35, n.3, pp.932-945, 2015.

VARGAS, Divane de; SOARES, Janaina. **Padrões de uso do álcool e questões associadas: uma análise do conhecimento de enfermeiros.** USP, São Paulo, vol.48, n.2, pp.321-328, 2014.

VARGAS, Divane de. **Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool.** Rev. Psiquiatr. Clín., vol.41, n.4, pp.106-111, 2014.

VARGAS, Divane de; BITTENCOURT, Marina Nolli; ROCHA, Fernanda Mota e OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. **Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico.** Rio de Janeiro, Esc. Anna Nery, vol.17, n.2, pp.242-248, 2013.

TOFFOLO, Mayla Cardoso Fernandes; MARLIERE, Cláudia Aparecida; NEMER, Aline Silva de Aguiar. **Fatores de risco cardiovascular em alcoolistas em tratamento.** Jornal. bras. psiquiatr. vol.62, n.2, pp.115-123, jun. 2013.

WAGNER, Hamilton Lima. **Alcoolismo em cuidados primários: diagnóstico, desintoxicação e prevenção da recaída.** Revista APS, v.8, n.2, p. 165-172, jul./dez. 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ETILISTAS ACOMPANHADOS PELOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE BOA VISTA – RR, sob a responsabilidade do pesquisador Fabrício Barreto.

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar o itinerário terapêutico dos pacientes alcoolistas acompanhados pelos CAPS de Boa Vista – RR, através do uso de um questionário com perguntas abertas e fechadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Fabrício Barreto, que irá buscar entrevistar os pacientes do CAPS-AD de Boa Vista localizado no Bairro Aeroporto. Na sua participação você responderá um questionário com perguntas fechadas e abertas divididas em Dados de Identificação, Dados de Comorbidades e Dados sobre o Itinerário Terapêutico. O pesquisador não irá colher imagens, gravações, fotos ou filmagens, somente mesmo uma entrevista que será anotada no questionário em papel. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. A respeito de riscos, a pesquisa não oferece nenhum tipo de risco aos participantes. Os riscos consistem em lembrar ou trazer a lembrança os possíveis tratamentos que já possa ter feito, mas que não surtiu nenhum efeito e que possa ter causado algum mal para seu processo de cura. Os benefícios serão em identificar os tratamentos ou metodologias que resultaram em ótimos resultados, que possam com isso ajudar outras pessoas nos seus tratamentos na busca da cura do alcoolismo. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Fabrício Barreto, telefone (95) 98111-4150, Secretaria da Coordenação do PROCISA, Prédio do Procisa no Centro de Ciências e Saúde – UFRR. Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000 Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Roraima. Campus Paricarana, Prédio da Reitoria - Av. Cap. Ene Garcez, 2413, Aeroporto, Boa Vista, Roraima cep.: 69304-000. Telefone: (95) 3621-3112.

Boa Vista, dede 2016.

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO – “ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ALCOOLISTAS ACOMPANHADOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BOA VISTA – RR”

Dados de Identificação:

1. Qual o sexo? () Masculino () Feminino
2. Qual sua idade? (_____)
3. Qual seu grau de escolaridade?
() ensino fundamental () ensino médio () ensino superior
4. Se superior completo, qual a sua formação?

5. Qual a sua profissão? _____
6. Está empregado? () Sim () Não
7. Qual a sua renda?
8. () 01 salário mínimo () entre 02 e 04 salários mínimos
9. () entre de 05 e 09 salários mínimos () acima de 10 salários mínimos
10. Estado civil: () solteiro () casado () separado () outros
11. Tem filhos? () não () sim, se sim quantos (_____)
12. Natural de Boa Vista?
13. () sim () não Onde nasceu? _____
14. Sempre morou em Boa Vista?
() sim () não Se não, quanto tempo mora aqui? _____
15. Reside em qual Bairro? _____

Dados sobre o alcoolismo:

1. Considera-se dependente de álcool? () Sim () Não
2. O álcool de alguma maneira influenciou positivamente ou negativamente na sua vida pessoal?
() sim () não Como? _____

3. Por quantos anos fez/faz uso de álcool? (_____)
4. Houve alguém que te apresentou ou te iniciou no consumo de álcool?
() não, iniciei o uso sozinho
() sim, quem: _____
5. Fazia uso de cigarros? () sim () não
6. Fazia o consumo de alguma outra droga? () não () sim, qual?

7. Se consumiu outra droga fazia uso paralelo com o álcool?
() sim () não
8. Houve alguém que o ajudou identificar sua dependência?
() Não, percebi minha dependência sozinho
() Sim, se sim quem? _____

9. Faz quanto tempo que está em tratamento? (____) meses (____) anos

Dados sobre o itinerário terapêutico ou percurso de cura:

1. Quantas vezes buscou tratar-se? _____
2. Quais tratamentos já utilizou? _____
3. Como tudo começou no consumo de álcool?

4. Onde foram feitos os tratamentos anteriores?

5. Por que não foi possível continuar o tratamento?

6. O que te motivou a busca por um tratamento?

7. Quais as maiores dificuldades na permanência da abstinência do álcool?

8. Qual a sua trajetória de tratamento que já teve ou está vivenciando?

9. Há alguma informação ou mensagem que gostaria de deixar àqueles dependentes que buscam um percurso de cura?

10. De quem foi a iniciativa para reiniciar tratamento?

Dados de comorbidades

1. Acredita que existam algumas doenças que podem aparecer com o consumo do álcool?

não sim, qual ou quais? _____

2. Sua busca de cura tem alguma relação com alguma doença que descobriu?

não sim () se sim, qual? _____

3. Há alguma doença relacionada com seu consumo de bebida?

não sim () se sim, qual? _____

4. Acredita que o álcool faz bem para saúde?

sim não Por quê? _____

5. Confiaria em alguma terapia que utiliza o álcool como tratamento ou prevenção de alguma doença?

sim não Por quê? _____

APÊNDICE 2

Características socioeconômicas do paciente atendidos na unidade CAPS AD, Boa Vista- RR, de março a maio de 2016.

Variável	% (n)
Sexo	
Masculino	100 (10)
Feminino	-
Faixa etária	
< 35 anos	10(1)
36 – 50 anos	60(6)
50 anos ou mais	30(3)
Escolaridade	
Ensino Fund. Completo	60(6)
Ensino Médio Completo	30(3)
Ensino Superior Completo	10(1)
Renda	
Sem renda	60(6)
<1 salário	20(2)
2 a 4 salários	10(1)
5 a 9 salários	10(1)
Estado Civil	
Casado	20(2)
Divorciado	10(1)
Solteiro	60(6)
União Estável	10(1)
Viúvo	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2016.