

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANDRÉA NOEREMBERG GUIMARÃES**

**SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL  
RESIDENTES NO MEIO RURAL: perspectiva da sociologia fenomenológica**

**Porto Alegre  
2017**

**ANDRÉA NOEREMBERG GUIMARÃES**

**SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL  
RESIDENTES NO MEIO RURAL: perspectiva da sociologia fenomenológica**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

**Área de concentração:** Políticas e práticas em saúde e enfermagem

**Linha de pesquisa:** Saúde mental e enfermagem  
Eixo-Temático: Saúde Mental e Família

**Orientador:** Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

**Porto Alegre  
2017**

#### CIP - Catalogação na Publicação

Guimarães, Andréa Noeremberg

Situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural: perspectiva da sociologia fenomenológica / Andréa Noeremberg Guimarães. -- 2017.

130 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Saúde mental. 2. Alcoolismo. 3. Família. 4. Enfermagem. 5. Zona rural. I. Schneider, Jacó Fernando, orient. II. Título.

**Andréa Noeremberg Guimarães**

**Situação Biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural:  
perspectiva da sociologia fenomenológica.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de maio de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente – PPGENF/UFRGS



---

Prof. Dr. Márcio Wagner Camatta

Membro – PPGENF/UFRGS



---

Profa. Dra. Cintia Nasi

Membro – UFCSPA



---

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro – PPGENF/UFRGS



---

Profa. Dra. Lucimare Ferraz

Membro – UNOCHAPECÓ

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me proteger e me guiar nas decisões sobre o meu caminhar, por me sustentar e me fortalecer nesta conquista.

Aos meus pais, Ulisses e Olinda, pelo amor, cuidado e incentivo aos meus estudos, por compreenderem os momentos em que estive ausente para buscar meus objetivos.

À minha irmã Ariane pelo companheirismo e amizade, por me escutar sempre quando eu precisava e me dar sua opinião. Agradeço pelas conversas intermináveis que me fizeram refletir sobre aspectos pessoais e profissionais e pelos momentos de lazer que passamos juntas.

Ao meu irmão Audrey pelo incentivo constante, pelo gesto de me presentear com um gravador digital para eu usar durante as entrevistas da minha pesquisa, pela disponibilidade, por ter me acolhido em sua casa quando estive em Porto Alegre para atividades do doutorado.

Ao professor Jacó Fernando Schneider pela orientação deste trabalho, confiança, respeito e carinho. Agradeço por todos os ensinamentos. Um exemplo a ser seguido como pessoa e profissional.

Aos professores Márcio Wagner Camatta, Leandro Barbosa de Pinho, Cíntia Nasi e Agnes Olschowsky pelas contribuições para aperfeiçoar esta tese e por proporcionarem reflexões sobre a atenção e o cuidado em saúde mental.

Às colegas do Curso de Doutorado e às que trabalham ou trabalharam comigo na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), em especial a Maria Luiza Bevilaqua Brum, a Nelcy Teresinha da Rosa Kegler, a Marta Kolhs e a Lucimare Ferraz, pela amizade, companheirismo, paciência, troca de experiências e pelos conselhos recebidos nos momentos difíceis.

À UFRGS e à UDESC pela oportunidade de doutoramento na modalidade de Doutorado Interinstitucional (DINTER).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo acadêmico e financeiro.

A Letícia de Lima Trindade e à Professora Maria Alice Dias da Silva Lima pela dedicação na coordenação do DINTER e a Suellen Tainá Ribeiro e a Patrícia Alves pelo suporte nas atividades administrativas.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS pelo ensino de qualidade e troca de saberes, em especial à professora Eva Neri Rubim Pedro pelas lições de sensibilidade.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, em especial a Gustavo Costa de Oliveira, pela amizade e apoio recebidos durante essa caminhada.

A todos os membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) pelos momentos de discussão e reflexão.

Aos profissionais do Hospital Regional de Palmitos pelo acolhimento e pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às pessoas que participaram deste estudo por compartilharem comigo suas experiências vividas como familiar de usuário de álcool. Sem suas disponibilidades não seria possível realizar este trabalho.

A todos aqueles que, embora não citados, participaram de alguma forma desta tese.

“Como se a língua, o nariz, os olhos, os ouvidos e o tato tivessem sido amortecidos ou castrados. A comida, caso você ainda não tenha notado, exige a ‘intersensibilidade’ (palavra que acabo de inventar, irmã da ‘interdisciplinaridade’). O torresmo, para ser bom, tem de fazer o barulhinho típico: prazer para o ouvido. O refrigerante, para ser bom, tem de ter o pinicado das bolhas de gás: prazer para o tato. E tem de ser bonito para os olhos: há pratos que são servidos com flores. E tem de ter o cheiro erótico dos temperos. Tudo isso se consumando na boca. Mas, para isso, os sentidos têm de ser educados. Eles precisam aprender a “prestar atenção”.”

Rubem Alves

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

## RESUMO

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **Situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural**: perspectiva da sociologia fenomenológica. 2017. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Este estudo foi realizado com o objetivo geral de compreender a situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural e teve como objetivos específicos conhecer as expectativas dos familiares com o tratamento em uma unidade de internação psiquiátrica e descrever o típico da ação de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem da sociologia fenomenológica. O local de estudo foi uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral localizado no estado de Santa Catarina, Brasil. Os participantes foram 15 familiares de usuários de álcool internados neste serviço. A coleta das informações foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, de agosto de 2015 a julho de 2016. Os resultados foram organizados a partir de cinco categorias concretas que constituíram os ‘motivos porque’ expressos nas experiências vividas dos familiares com o usuário de álcool, disponíveis em seu estoque de conhecimentos, que compunham suas situações biográficas no momento em que ocorreu a pesquisa, e os ‘motivos para’ referentes às suas expectativas com relação ao tratamento do alcoolista. As categorias que fazem referência aos ‘motivos porque’ revelaram a repetição de um histórico de alcoolismo na família, o quadro clínico do alcoolista interferindo no relacionamento entre os membros da família e trazendo sintomas para todo o grupo familiar, e o cuidado dispensado ao alcoolista devido aos vínculos de afetividade, à responsabilidade sentida pelos laços familiares, à compreensão da situação vivenciada pelo alcoolista por também já ter passado por um tratamento para alcoolismo e ao fato de o alcoolista manter uma boa convivência social quando não estava sob o efeito do uso do álcool. As categorias manifestadas nos ‘motivos para’ mostraram que os familiares esperavam que o alcoolista mantivesse a abstinência e faziam planos sobre os cuidados a serem tomados após o período de internação do alcoolista. Foram pensadas em várias possibilidades, que envolveram desde o acolhimento do alcoolista em seus lares a projetos voltados para uma perspectiva de controle ou que traduziam o receio de não terem condições de cuidar constantemente dele. As experiências ouvidas apontam para a necessidade de ampliação do cuidado visando ao suporte aos familiares de usuários de álcool residentes no meio rural por meio de um olhar que focalize o seu mundo da vida cotidiana. Destaca-se a importância de favorecer a participação da família no cuidado e de fortalecê-la para enfrentar as dificuldades que possam surgir nas interações familiares oriundas da dependência de álcool, contribuindo para relações face a face saudáveis.

**Palavras-chave:** Família. Relações Familiares. Alcoolismo. Zona Rural. Enfermagem.



## ABSTRACT

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **Biographical situation of relatives of alcohol users living in rural areas: perspective of phenomenological sociology.** 2017. 124 pp. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

This study was performed with the general objective of understanding the biographical situation of relatives of alcohol users living in rural areas and had as specific objectives to know the expectations of these relatives with the treatment in a psychiatric hospital facility and to describe the typical actions of relatives of alcohol users living in rural areas. This is a qualitative research, with an approach based on phenomenological sociology. The place of study was a psychiatric hospital facility of a general hospital situated in the state of Santa Catarina, Brazil. The participants were 15 relatives of alcohol users admitted to this service. The information collection was done through semi-structured interviews, from August 2015 to July 2016. The results were organized from five concrete categories that made up the 'reasons why' expressed in the lived experiences of the relatives with the alcohol user, available in their storage of knowledge, which comprised their biographical situations at the time of the research, and the 'reasons for' regarding their expectations in relation to the treatment of the alcoholic. The categories that refer to the 'reasons why' revealed a repetition of a history of alcoholism within the family, the clinical picture of the alcoholic interfering in the relationship among the family members and bringing symptoms to the whole family group, and the care given to the alcoholic due to the bonds of affection, the responsibility felt by the family ties, the understanding of the situation experienced by the alcoholic because he / she has already undergone a treatment for alcoholism and to the fact that the alcoholic managed to maintain a good social coexistence when he/she was not under the effect of the alcohol use. The categories manifested in the 'reasons for' showed that the relatives expected that the alcoholic would maintain abstinence, and they made plans about the care actions to be taken after the period of admission of the alcoholic. Various possibilities were regarded, ranging from the welcoming of the alcoholic in their homes to projects oriented to a perspective of control or that reflected the fear of not being able to constantly care for him/her. The experiences heard through this survey highlight the need to broaden care actions with a view to supporting the relatives of alcohol users living in rural areas by means of a look focused on their world of everyday life. It is worth emphasizing the importance of fostering the family's participation in the care actions, as well as empowering it to deal with the difficulties that may arise in family interactions resulting from the alcohol addiction, thus contributing to healthy face-to-face relationships.

**Keywords:** Family. Family Relations. Alcoholism. Rural Areas. Nursing.

## RESUMEN

GUIMARÁN, Andréa Noeremberg. **Situación biográfica de parientes de usuarios de alcohol residentes en el medio rural:** perspectiva de la sociología fenomenológica. 2017. 124 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Este estudio fue realizado con el objetivo general de comprender la situación biográfica de parientes de usuarios de alcohol residentes en el medio rural y tuvo como objetivos específicos conocer las expectativas de esos parientes con el tratamiento en una unidad de internación psiquiátrica y describir las acciones típicas de parientes de usuarios de alcohol residentes en el medio rural. Se trata de una investigación cualitativa, con un planteamiento basado en la sociología fenomenológica. El local de estudio fue una unidad de internación psiquiátrica de un hospital general ubicado en el estado de Santa Catarina, Brasil. Los participantes eran 15 parientes de usuarios de alcohol internados en este servicio. La recopilación de la información fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas, de agosto de 2015 a julio de 2016. Los resultados fueron organizados a partir de cinco categorías concretas que constituyeron las 'razones por las que' expresados en las experiencias vividas de los parientes con el usuario de alcohol, disponibles en su stock de conocimientos, que componían sus situaciones biográficas en el momento en que ocurrió la investigación, y las 'razones para' referentes a sus expectativas con relación al tratamiento del alcohólico. Las categorías que hacen referencia a las 'razones por las que' revelaron la repetición de un historial de alcoholismo en la familia, el cuadro clínico del alcohólico interfiriendo en la relación entre los miembros de la familia y trayendo síntomas para todo el grupo familiar, y la atención prestada al alcohólico debido a los vínculos de afectividad, a la responsabilidad sentida por los lazos familiares, a la comprensión de la situación vivenciada por el alcohólico por también haber pasado por un tratamiento para el alcoholismo y el hecho de que el alcohólico mantenía una buena convivencia social cuando no estaba bajo el efecto del uso del alcohol. Las categorías manifestadas en las 'razones para' mostraron que los parientes esperaban que el alcohólico mantuviera la abstinencia y hacían planes sobre la atención a ser prestada después del período de internación del alcohólico. Se concibieron varias posibilidades, que involucraron desde la acogida del alcohólico en sus hogares a proyectos orientados hacia una perspectiva de control o que traducían el temor de no tener condiciones de cuidar constantemente del adicto. Las experiencias oídas señalan la necesidad de ampliar la atención con miras al apoyo a los parientes de usuarios de alcohol residentes en el medio rural por medio de una mirada centrada en su mundo de la vida cotidiana. Se resalta la importancia de favorecer la participación de la familia en la atención y de fortalecerla para hacer frente a las dificultades que puedan surgir en las interacciones familiares oriundas de la adicción al alcohol, contribuyendo al alcance de relaciones cara a cara saludables.

**Palabras clave:** Familia. Relaciones Familiares. Alcoholismo. Medio Rural. Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – População residente por situação do domicílio – Brasil – 1950/2010 ....	23
Quadro 2 – Unidades de álcool em cada dose de bebida .....	31
Quadro 3 – Configurações familiares na contemporaneidade .....	42
Quadro 4 – Municípios de procedência dos participantes do estudo, atendidos na Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos .....	62
Quadro 5 – Identificação dos participantes do estudo.....	68
Figura 1 – Mapa do estado de Santa Catarina com destaque para o município de Palmitos. Em mapa menor, a localização do estado de Santa Catarina no Brasil.....	60

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO: DA TRAJETÓRIA AO ENCONTRO COM O TEMA DE PESQUISA</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	22
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: O MEIO RURAL .....	22
3.2	ASPECTOS GERAIS SOBRE O ÁLCOOL .....	30
3.3	O CONTEXTO FAMILIAR E AS REPERCUSSÕES DO USO DO ÁLCOOL ....	37
<b>4</b>	<b>O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE ALFRED SCHUTZ</b> .....	46
<b>5</b>	<b>O TRILHAR METODOLÓGICO</b> .....	59
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	59
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	59
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	63
5.4	COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	65
5.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	65
5.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	66
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	68
6.1	ASPECTOS CULTURAIS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL NO MUNDO SOCIAL DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS.....	70
6.2	A RELAÇÃO FACE A FACE ENTRE O FAMILIAR E O ALCOOLISTA: SOBRECARGA, ADOECIMENTO E SEPARAÇÃO .....	76
6.3	MOTIVOS QUE LEVARAM O FAMILIAR A CUIDAR DO USUÁRIO DE ÁLCOOL .....	82
6.4	EXPECTATIVAS DE QUE O FAMILIAR PARE DE FAZER USO DE ÁLCOOL .....	84
6.5	PROJETOS DO FAMILIAR DO ALCOOLISTA A SEREM EXECUTADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR .....	85
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	88
<b>8</b>	<b>O TÍPICO DA AÇÃO DOS FAMILIARES</b> .....	107
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	109

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112
<b>APÊNDICES</b> .....	123
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES .....	123
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O FAMILIAR DO USUÁRIO DE ÁLCOOL.....	124
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES .....	126
<b>ANEXO</b> .....	127
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	127

## **1 APRESENTAÇÃO: DA TRAJETÓRIA AO ENCONTRO COM O TEMA DE PESQUISA**

Esta tese está centrada na compreensão da situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural, a partir do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz (2012; 2015). Está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no Doutorado Interinstitucional (DINTER) entre a UFRGS e a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Está inserida na linha de pesquisa “Saúde mental e enfermagem”, atrelada ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM).

Como ponto de partida, destaco algumas situações importantes da minha trajetória acadêmica e profissional na área da saúde mental até o momento em que encontro o tema central da pesquisa. O interesse por essa área da saúde se iniciou na Graduação em Enfermagem, quando tive a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa de Iniciação Científica, no período de agosto de 2007 a fevereiro de 2009, no qual estudei a legislação de saúde mental em vários momentos históricos e investiguei as concepções de saúde, doença, ser humano e os modos de tratamentos instituídos (CANABRAVA *et al.*, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2010). Os dados que emergiram me despertaram o interesse de ouvir de profissionais de Enfermagem como eles vivenciavam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela Reforma Psiquiátrica. Em razão disso, de março de 2009 a março de 2011, trabalhei essa temática na minha dissertação de mestrado.

Os resultados da pesquisa de dissertação revelaram as mudanças e os benefícios que ocorreram nas últimas décadas no atendimento na área de saúde mental. Mas também revelou a necessidade de gestores atuarem no sentido de disponibilizar número adequado de vagas em dispositivos de tratamento extra-hospitalares, com os cuidados apropriados a todos os usuários, a capacitação de profissionais, bem como o preparo e cuidado da comunidade e da família (GUIMARÃES, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2013; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Na condição de enfermeira assistencial, entre dezembro de 2010 e o início de agosto de 2012, trabalhei em uma ala de internação em um hospital especializado em saúde mental e em um hospital-dia, que, posteriormente, ambos foram fechados

e substituídos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No primeiro local de trabalho que mencionei, os usuários tinham como motivo da internação, principalmente, transtornos mentais psicóticos, de humor e ideação ou tentativa de suicídio. No segundo, também eram comuns os transtornos de ansiedade e de personalidade. Tinham casos em que os usuários faziam uso de substâncias psicoativas, no entanto não era esse o motivo de serem atendidos naquele momento.

Algo que me inquietava eram as experiências envolvendo os familiares dos usuários. Angustiava-me quando familiares demoravam a buscar os usuários quando estes estavam de alta hospitalar, às vezes chegando a demorar dias; não participavam ou participavam muito pouco das reuniões de família, não compareciam nos dias de visita e solicitavam internação para os usuários mesmo quando estes não necessitavam clinicamente desse recurso. Esta última atitude dos familiares acontecia com frequência em épocas festivas, como final de ano, o que me transmitia a ideia de que queriam um descanso. Em outros momentos, ao conversar com familiares, eu percebia a sobrecarga que vivenciavam ao ter de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico e que por vezes estavam adoecendo.

Nessa linha de compreensão, vivenciar a prática assistencial com famílias de pessoas com transtorno mental é trabalhar com o seu sofrimento, com as suas frustrações e com o binômio negação-aceitação do sofrimento psíquico, o que mobiliza sentimentos e percepções em quem está envolvido. As famílias têm a necessidade de falar, compartilhar suas experiências, de ter alguém para ouvir as angústias e as vitórias que conquistaram no tratamento, no relacionamento com o familiar que adoeceu e nas descobertas de estratégias de enfrentamento (BORBA *et al.*, 2011). Desse modo, essa temática da família e a pessoa em sofrimento psíquico, como ocorre a dinâmica familiar, sempre me instigou.

Desde o final do mês de agosto de 2012 sou docente do curso de Graduação em Enfermagem da UDESC, na disciplina Enfermagem no Cuidado em Saúde Mental. As aulas teórico-práticas que conduzo são desenvolvidas em uma Unidade de Saúde Mental em um hospital geral. Nesta unidade são internadas pessoas com os diversos sofrimentos psíquicos, inclusive, devido ao uso de substâncias psicoativas. Durante os períodos que estive ali, observei que a maioria das internações era em função do uso de drogas, principalmente de álcool.

Essas experiências me despertaram o interesse de aprofundar meus conhecimentos na área de substâncias psicoativas. No entanto, desde a época da Graduação em Enfermagem, eu já havia vivenciado o trabalho com dependência química durante o meu estágio de final de curso em uma Unidade de Reabilitação Química, em um hospital psiquiátrico. Foi uma experiência interessante, pois conheci o funcionamento do serviço e realizei diferentes atividades: a) consultas de Enfermagem com as pessoas internadas; b) acompanhei grupos de autoajuda, como alcoólicos e narcóticos anônimos; c) realizei e acompanhei grupos de educação em saúde; e d) auxiliei em grupos de prevenção de recaída e de família.

Durante esse estágio, participei de uma pesquisa que tinha como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que estavam ali internadas. Foram entrevistados trinta usuários de álcool e outras drogas, e os resultados mostraram de forma quantitativa que o uso dessas substâncias afetava pessoas em idade produtiva, adultos jovens, e prejudicava o desempenho no trabalho e nas relações familiares (SILVA *et al.*, 2010).

Atualmente, tenho direcionado algumas atividades acadêmicas para a área de álcool e outras drogas, como a orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso, tanto de Especialização quanto de Graduação, abordando essa temática (FERRABOLI *et al.*, 2015). Além disso, estou coordenando um projeto de pesquisa de iniciação científica intitulado “Vivências e entendimentos de adolescentes sobre saúde, doença e drogadição”, que tem como um dos objetivos conhecer as vivências de um grupo de adolescentes com a drogadição.

Partindo das observações que mencionei anteriormente, sobre a maioria das internações no serviço onde realizo aulas teórico-práticas como docente acontecer devido ao uso de álcool, e do meu interesse pela questão da família, busquei na literatura materiais que pudessem me auxiliar na construção de um embasamento teórico para realização desta tese de doutorado.

O uso de drogas, também denominadas de substâncias psicoativas, é uma prática que acontece há milhares de anos e possivelmente vai acompanhar toda a história da humanidade. O homem sempre se relacionou com essas substâncias, quer seja por razões culturais ou religiosas, como forma de recreação ou maneira de diminuir os problemas, para transgredir ou transcender, quer seja como um instrumento de socialização ou isolamento (DUARTE; MORIHISA, 2011; BECK JÚNIOR; SCHNEIDER, 2012).



Nos dias atuais, cada vez mais o uso de drogas tem se disseminado nas sociedades. A pesquisa mais recente da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com a finalidade de demonstrar o panorama do consumo de substâncias psicoativas pela população geral brasileira, foi desenvolvida em 2005. Foi feito um levantamento domiciliar com pessoas entre 12 e 65 anos, residentes em 107 cidades brasileiras com mais de duzentos mil habitantes, além de Palmas, no estado de Tocantins, que, embora não tivesse essa população na época, é a capital e a maior cidade do estado (BASTOS; REIS, 2014; BRASIL, 2009).

Hoje, o álcool é uma das principais drogas responsáveis pelos danos e agravos à saúde. De acordo com os resultados dessa investigação, o álcool é a substância psicoativa mais consumida no país. A estimativa de dependentes foi de 12,3%, valor maior que o de todas as drogas ilícitas somadas (BASTOS; REIS, 2014; CFP, 2013; BRASIL, 2009).

Conforme o *Relatório brasileiro sobre drogas*, publicado em 2009, 1,2% de todas as internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está associado ao consumo de substâncias psicoativas. Em 2007, houve 138.585 internações cujo diagnóstico principal foi algum transtorno mental e comportamental causado pelo uso de drogas. Observa-se que o álcool foi a principal droga associada a essas internações, com 69% do total (BASTOS; REIS, 2014; BRASIL, 2009). Todavia, mesmo que dados referentes às drogas no país revelem o destaque do álcool, essa não é uma droga que é abordada frequentemente nos meios de comunicação (BASTOS; REIS, 2014; CFP, 2013).

Uma pesquisa publicada em 2010, na *Lancet*, revista da área da saúde de muito prestígio no mundo, de autoria de David Nutt, professor de neuropsicofarmacologia no *Imperial College*, em Londres, avaliou os riscos relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas. O estudo classificou vinte substâncias conforme o potencial de dano que cada uma pode causar. Utilizando uma abordagem que considera múltiplos critérios, foi definido, em uma escala de zero a cem, que a substância que causa mais danos é o álcool, atingindo 72 pontos na escala (BASTOS; REIS, 2014).

De acordo com os referidos autores, os critérios empregados para classificar as drogas foram avaliados segundo os danos, causados tanto ao próprio usuário quanto aos outros indivíduos. Para exemplificar, tem-se, respectivamente, um câncer de pulmão decorrente do uso do tabaco e ocasionar acidentes no trânsito por

dirigir alcoolizado. A análise de danos englobou fatores biológicos, psicológicos e sociais; e atribuiu notas de zero a cem para os danos relacionados ao consumo das diversas substâncias.

Nessa perspectiva, destaca-se que uma atenção especial e particular deve direcionar-se ao álcool. Toda essa conjuntura sinaliza a necessidade de tecnologias de cuidado que versam sobre práticas de saúde de qualidade e abranjam a contemporaneidade do atual cenário de uso de álcool. A Reforma Psiquiátrica, considerada um marco político da reconstrução da saúde mental, aponta um novo olhar para o adoecimento psíquico, com vistas para além do padrão dominante hegemônico e hospitalocêntrico, no qual prepondera o sistema asilar, repressor, de cunho punitivo. Pauta-se, nesse ponto de vista, em uma assistência humanizada e qualificada à pessoa que sofre mentalmente, também diante do uso e abuso de álcool e outras drogas (REIS; MOREIRA, 2013).

Por meio da Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), serviços para assistência a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004). Esses dispositivos assistenciais oferecem atendimento diário, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2003).

Devido à preocupação em melhorar o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política para a atenção integral ao uso de álcool e outras drogas. Tal política reconhece a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS e busca subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento. Ela aponta estratégias de prevenção, de tratamento e de educação assegurando a participação intersetorial (BRASIL, 2003).

Para Santos (2015), o tratamento baseado na redução de danos não tem a abstinência como o único objetivo a ser alcançado. Essa estratégia se apoia no princípio da universalidade, pois a pessoa usuária de álcool e outras drogas não precisa ter o desejo de parar de usar a substância psicoativa para ter acesso ao

serviço, bem como a abstinência não pode ser uma exigência para o início e/ou a continuidade do cuidado. O tratamento nessa perspectiva deve ser flexível, pensado e articulado com o cuidado, sendo que este está ligado à cautela e à diligência. Ele não deve ser entendido somente no sentido biomédico ou de controle de comportamento. Tratamento é o modo de tratar alguém, no qual tratar é cuidar, o que difere, então, do controle, em que a relação é verticalizada, na qual o profissional determina a direção da terapêutica para o usuário.

Na redução de danos, a relação que o profissional estabelece com o usuário é horizontal e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é construído em conjunto. O usuário ocupa o lugar de protagonista do seu próprio cuidado, sendo corresponsável por este. O profissional se coloca ao lado do usuário, não em um lugar de simetria, tampouco ocupa um lugar de superioridade, mas a ele é exigida abstinência de seu desejo, de seus ideais e da sua necessidade de reconhecimento e êxito (SANTOS, 2015).

Reportagens televisivas e jornalísticas têm demonstrado que as drogas que são comuns nos grandes centros urbanos também são consumidas por populações do meio rural. Devido ao álcool ser uma substância lícita, há mais pesquisas que abordem sua temática. Contudo, ainda há lacunas quando se coloca como cenário o meio rural.

Dentre as influências para o uso de substâncias psicoativas, destaca-se o sistema familiar (FIGUEIREDO; MARTINS, 2009), uma vez que a família pode ser um fator de risco ou de proteção aos processos de saúde e doença dos seus integrantes e aos processos de adaptação intrínsecos ao seu desenvolvimento (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Alguns estudos apontam que família é um conceito mais amplo do que casal e filhos, laços de consanguinidade ou representada por aqueles que vivem na mesma casa, além disso, envolve as relações que fazem parte e são importantes na sua dinâmica. As funções da família incluem: cuidar, incentivar, estar presente e ser suporte seguro e confiável para seus membros, visto que é no âmbito familiar que as pessoas buscam apoio, compreensão e as soluções para os problemas podem ser elaboradas (BORBA *et al.*, 2011).

No entanto, em situações que a dinâmica familiar é perturbada e não colabora no acolhimento dos conflitos dos seus membros, ela pode levá-los a se engajar em comportamentos sintomáticos, que favorecem a aproximação ao universo das drogas (FIGUEIREDO; MARTINS, 2009).

Resultados de pesquisas sobre a temática do alcoolismo demonstraram a existência de alguns aspectos na estrutura familiar que influenciam o início e a manutenção do uso do álcool, como uma implícita cultura familiar de uso dessa substância e a prática de violências e rupturas sociais (MANGUEIRA; LOPES, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2011; SENA *et al.*, 2011).

Diante dessas circunstâncias, entende-se que a inclusão da família no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas é muito importante, porquanto, frequentemente, é no contexto familiar que se vivencia as implicações do uso destas substâncias (REIS; MOREIRA, 2013). Além disso, reconhece-se que as famílias precisam de acolhimento e acompanhamento por profissionais qualificados. Assim, profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, podem desempenhar uma função significativa, tanto pela compreensão dos usuários em seu contexto real quanto pela capacidade de resgatar os vínculos entre eles e seus familiares (SIQUEIRA *et al.*, 2012).

Nessa linha de pensamento, bem mais do que o sujeito que sofre, o que se tem é um sistema que possivelmente se fragiliza e se desestabiliza diante da dependência química. Tal entendimento, em uma perspectiva fenomenológica, visa compreender o fenômeno sob o prisma de quem vive, neste caso, a partir da unidade que sofre como um todo, ou seja, a família (REIS; MOREIRA, 2013).

Com base nessas colocações, emergiu a questão de pesquisa: Qual é a situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural?

A situação biográfica é um conceito da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz, utilizada como referencial teórico-metodológico neste estudo. Em todos os momentos da vida, um indivíduo se encontra em uma situação biograficamente determinada, isto é, em seu ambiente físico e sociocultural, no qual ele ocupa uma posição não somente em termos de espaço físico e do tempo exterior ou de seu papel social, mas também se trata de sua posição moral e ideológica. Quando se diz que uma situação é biograficamente determinada, entende-se que ela tem a sua história, ou seja, ela é a sedimentação de todas as experiências antecedentes do indivíduo, organizadas como uma posse que está disponível em seu estoque de conhecimento (SCHUTZ, 2012).

A situação biograficamente determinada inclui o objetivo à disposição, que consiste em possibilidades de atividades práticas ou teóricas futuras. O objetivo à disposição define quais são os elementos relevantes em uma situação. Esse

sistema de relevância, por sua vez, determina quais elementos serão transformados em substratos de 'tipificações' generalizadoras, quais destas serão consideradas típicas e quais são únicas e individuais (SCHUTZ, 2012).

Em minhas experiências vividas como docente, ao conversar durante as aulas teórico-práticas com alcoolistas em tratamento que residiam no meio rural, ouvi sobre o uso de álcool nesse espaço ter associação com a rotina intensa e pesada de trabalho no campo experienciada pelos sujeitos usuários. Eles buscam no álcool uma forma de relaxamento, prazer e de diminuir ou fugir das dificuldades inerentes ao cotidiano. Também mencionaram que é comum no meio rural o uso de álcool incentivado pelos pais por questões culturais, para demonstrar que é "forte", "valente", " másculo" ou por falta de conhecimento dos prejuízos desse consumo devido ao menor acesso que se tem à educação no cenário rural.

Acredito que famílias que experienciam os efeitos e as consequências da dependência do álcool no meio rural têm um dia a dia conturbado, com relações afetivas conflituosas e fragilizadas, acarretando no distanciamento emocional entre seus membros. Ela se fragmenta, deteriora-se, apresenta comumente conflitos e crises existenciais, convivendo com tristeza, ansiedade, sentimento de impotência diante da situação vivenciada, além de seus membros terem um grande risco de sofrer com a violência doméstica. Essas dificuldades são intensificadas ainda pela falta ou difícil acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação e lazer.

Considero relevante dar voz aos familiares de usuários de álcool residentes no meio rural e compreender suas experiências vividas, pois tal conhecimento poderá servir de subsídios a profissionais que atuam na área de saúde mental para refletirem sobre suas práticas e sugerirem tecnologias de cuidado que contribuam para o atendimento aos usuários de álcool e seus familiares residentes no cenário rural. Além disso, este estudo poderá suscitar reflexões acerca da organização dos serviços voltados para a saúde mental no meio rural.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Compreender a situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Conhecer as expectativas dos familiares com o tratamento em uma unidade de internação psiquiátrica;
- Descrever o típico da ação de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: O MEIO RURAL

Considera-se importante trazer no início desse tópico a diferenciação entre os conceitos de urbano e rural, uma vez que há um borramento de fronteira entre esses dois cenários. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera as áreas urbanas como aquelas urbanizadas ou não, internas ao perímetro urbano das cidades (sedes municipais), vilas (sedes distritais) ou áreas urbanas isoladas. Para a cidade ou vila em que não exista legislação que regulamente essas áreas, para fins de coletas censitárias, é estabelecido um perímetro urbano cujos limites são aprovados pelo prefeito local. As áreas rurais abrangem todas as situadas fora desses limites (IBGE, 2011).

Apesar de existir uma divisão geopolítica entre urbano e rural, reduziu-se os distanciamentos culturais entre esses cenários. Para Silva, Dimenstein e Leite (2013), a realidade do meio rural vai além de uma mera associação com a noção de retrocesso, isolamento e oposição aos espaços urbanos. Por vezes, o imaginário social é povoado de tais representações, o que suprime a diversidade sociocultural existente no cenário rural.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), as populações brasileiras que vivem neste cenário têm modos de vida, produção e reprodução social vinculados constantemente com a terra. Dentre elas, estão os camponeses, que podem ser agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assim como assalariados e temporários residentes ou não no campo. Também estão as comunidades ribeirinhas, de quilombos, de povos indígenas, as que habitam ou usam reservas extrativistas em florestas ou ambientes aquáticos, as populações atingidas por barragens, dentre outras. Neste contexto, é característica do Brasil rural uma variedade de raças, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade.

A situação do espaço rural no país resulta do histórico econômico, político e cultural estabelecido na concentração de terra, de riquezas, uso de recursos naturais, exploração de mão de obra escrava, extermínio de populações indígenas, marginalização de famílias e mulheres camponesas, assim como dos conflitos e das

lutas populares de resistência ao padrão autoritário e repressor, tendo como exemplo Canudos, Quilombos, Ligas Camponesas e, na atualidade, os vários movimentos sociais do campo e da floresta (BRASIL, 2013a).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população brasileira tem cerca de 190,8 milhões de habitantes. Destes, 29,9 milhões residem em localidades rurais, o que corresponde a 15,6% da população total. Nota-se que hoje a população urbana predomina no país, porém, registros históricos mostram que nem sempre foi assim. O Quadro 1 apresenta os dados da população urbana e rural no Brasil de 1950 a 2010 (IBGE, 2011).

Quadro 1 – População residente por situação do domicílio – Brasil – 1950/2010

Ano	População residente		
	Total	Urbana	Rural
1950	51.944.397	18.782.891	33.161.506
1960	70.070.457	31.303.034	38.767.423
1970	93.139.037	52.084.984	41.054.053
1980	119.002.706	80.436.409	38.566.297
1991	146.825.475	110.990.990	35.834.485
2000	169.799.170	137.953.959	31.845.211
2010	190.755.799	160.925.792	29.830.007

Fonte: Censo Demográfico, 1950/2010 (IBGE, 2011).

A partir da Segunda Guerra Mundial, com a ênfase na industrialização e na urbanização no Brasil, ocorreram movimentos migratórios de áreas rurais para espaços urbanos. Em 1950, dos quase 52 milhões de indivíduos recenseados, 33,1 milhões residiam no meio rural, o que correspondia a 63,8% da população total, situação típica de um país que tinha seu alicerce econômico na agricultura. No Censo Demográfico 1960, esta participação diminuiu para 55,3% da população total, um contingente de aproximadamente 38,8 milhões do total de setenta milhões de pessoas, todavia, ainda maior que o da área urbana. Foi no período de 1950/1960 que o país registrou a maior taxa média geométrica de crescimento anual, o Brasil duplicaria o volume populacional observado em 1950 em 23,6 anos, ou seja, em 1974 a população brasileira seria de cerca de 103,9 milhões de habitantes. A taxa de crescimento na área urbana era de 5,15% ao ano, enquanto a da rural 1,55% ao ano (IBGE, 2011).

Em 1970, o número de moradores de localidades urbanas (52 milhões) ultrapassou o número de pessoas que residiam em áreas rurais (41 milhões). Foi na década desse ano que a população rural entrou pela primeira vez em fase de diminuição absoluta, apresentando taxas negativas de crescimento. O Censo



Demográfico de 1980 marcou uma queda dessa população em relação ao anterior, da ordem de 2,5 milhões de habitantes. Nessa época, o êxodo rural foi intenso nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul para as áreas urbanas das próprias regiões, bem como para os grandes centros urbanos da região Sudeste, especialmente o estado de São Paulo. Houve um declínio na velocidade de crescimento da população que residia em áreas urbanas em relação ao período anterior. A redução do ritmo de crescimento se deu, principalmente, pelo declínio dos níveis de fecundidade e, no caso da população das áreas rurais, devido ao êxodo rural (IBGE, 2011).

Ainda segundo o IBGE (2011), o período 1991/2000 foi marcado por uma perda de população rural de quatro milhões de indivíduos comparado ao Censo Demográfico anterior, a mais significativa até então. Um dos motivos decorreu da intensa mecanização das atividades agrícolas que se deu desde os últimos anos da década de 1980. A maior parcela dessa queda derivou da região Nordeste, 49% do total. O atual período 2000/2010 é uma continuidade da tendência observada a partir da década de 1960, com a população brasileira crescendo a um ritmo menos acentuado.

Ao fazer uma retrospectiva em relação às condições de vida no cenário brasileiro, é inegável que ocorreram melhorias. A literatura tem abordado o meio rural contemporâneo, com enfoque principal no modo de produção econômico, permitindo a comparação em relação ao meio urbano. Observa-se que, em alguns aspectos, o rural se aproxima do urbano quando considerado o componente tecnológico, a energia elétrica, a antena parabólica, o computador, o celular, a internet e os valores propagados por essas mídias (HECK *et al.*, 2016).

Todavia, o país ainda tem iniquidades na distribuição da riqueza, com partes de sua população vivendo em situações de pobreza, sem acesso às necessidades básicas para a sua saúde. A pobreza não é apenas não ter bens materiais, mas estar vulnerável em decorrência da carência de oportunidades e de possibilidades de escolha entre alternativas distintas. Ela se manifesta na falta de emprego, de habitação digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de estratégias de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se, ainda, na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis (BRASIL, 2013a).

O meio rural ainda apresenta taxas deploráveis de pobreza, de baixos níveis de escolaridade e de atenção do poder público, no que tange ao desenvolvimento social. Também, historicamente, é um espaço com pouca atuação governamental acerca da promoção da saúde e da assistência social (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Para os referidos autores, apesar de o Brasil ter um sistema de saúde universal e público, um dos seus grandes desafios é a efetivação de suas ações em todo o território nacional, em localidades com limitações de acesso, em que as condições de infraestrutura, tais como estradas, transporte e unidades de saúde, dificultam a disponibilidade de serviços qualificados. As comunidades rurais têm sofrido com a ausência das políticas de saúde em seu cotidiano, sobretudo, se considerar a atenção básica e a saúde mental.

Referente à saúde mental, a Portaria n. 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa rede tem como finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para esse público, sendo constituída pelos seguintes componentes: I) atenção básica em saúde, formada pela Unidade Básica de Saúde, centros de convivência e equipe de atenção básica para populações específicas, como equipe de Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; II) atenção psicossocial especializada, formada pelos CAPS, nas suas diferentes modalidades; III) atenção de urgência e emergência, englobando SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, entre outros; IV) atenção residencial de caráter transitório, formada por Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; V) atenção hospitalar, que abrange enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; VI) estratégias de desinstitucionalização, como os Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII) reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

A RAPS, e especialmente os CAPS, tem aumentado em todo o país. No entanto, a realidade da atenção em saúde mental no meio rural ainda se configura como um problema. Os moradores de comunidades rurais têm dificuldade de acessar esses serviços e a dinâmica organizacional destes também não facilita a participação dessa população na RAPS (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Outra deficiência notada nas paisagens rurais é o saneamento básico, que consiste em um dos mais importantes fatores sociais determinantes da saúde. De acordo com o Censo Demográfico 2010, as desigualdades na prestação de serviços de abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo são significativas quando se compara os moradores de domicílios localizados nas áreas rurais com os localizados nas áreas urbanas (IBGE, 2011).

Somente 27,8% dos domicílios particulares permanentes rurais no Brasil estão ligados à rede geral de distribuição de água, enquanto a maior parte capta água da chuva, de poços (protegidos ou não), de rios, açudes ou lagos, dentre outras formas (IBGE, 2011), diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou fontes alternativas, geralmente insalubres (BRASIL, 2013c). Quanto às condições de esgotamento sanitário, apenas 17% estão ligados à rede geral de esgoto ou têm fossa séptica. Acerca da coleta de lixo, 26,9% têm a cobertura da prestação desse serviço. A dificuldade e o alto custo da coleta do lixo rural tornam a opção de queimá-lo a mais adotada pela população. Outras soluções empregadas são o enterro na propriedade e jogar em terreno baldio ou em rios (IBGE, 2011).

Este panorama colabora para o aparecimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade infantil. Além disso, a morbidade de diarreia e vômito na área rural é maior em relação aos espaços urbanos (BRASIL, 2013a).

Mais um aspecto importante quando se trata da população rural, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), diz respeito à saúde do trabalhador, que é condicionada a fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares. Entre as doenças associadas ao trabalho, as mais comuns são as lesões por esforços repetitivos, as formas de adoecimento mal definidas, o sofrimento psíquico e as doenças profissionais clássicas como a silicose e as intoxicações por metais pesados e agrotóxicos.

A forma de trabalho no meio rural pode ser fator de risco para adoecer, pois o uso frequente de certos equipamentos para desenvolver o trabalho ocasiona posturas inadequadas. Colher frutos, carregar excesso de peso, arar a terra com bois e/ou cavalos são exemplos de atividades que podem causar dores no corpo, além de manifestações que se traduzem principalmente com quadros de úlcera gástrica,

hipertensão e alcoolismo. O trabalho muitas vezes é braçal e insalubre, uma vez que os indivíduos lidam com agrotóxicos e adubos, sem proteção adequada para o corpo, o que pode acarretar intoxicações (SCHWARTZ *et al.*, 2016).

Ressalta-se a violência que acontece nessa população em razão dos conflitos pela posse e propriedade de terra. Ainda, merecem destaque os agravos decorrentes de violência doméstica e familiar, principalmente contra as mulheres (BRASIL, 2013a). Os dados sobre este fenômeno são escassos. A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, criada em 2005 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, é uma das poucas bases de dados que conta com alguma especificidade. Segundo informações desse serviço, dos atendimentos realizados de janeiro a julho de 2011, 2,4% eram de mulheres que se identificaram como do campo e da floresta. Deste universo, 19,4% referiram a violência doméstica e familiar, sendo dos tipos: violência física (69%), violência psicológica (19%), violência moral (8,6%), violência sexual (2,2%), violência patrimonial (1%) e cárcere privado (0,2%). Dessas mulheres, 51% informaram que a violência era diária e 38% relataram situações de risco de morte (BRASIL, 2011b). Em virtude das distâncias e da dispersão populacional, tais vítimas e mesmo a população em geral têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

A partir de todas as questões tecidas sobre o quadro de precariedade do meio rural no país, compreender as práticas de cuidado nesse espaço e a articulação do cenário familiar é um desafio contemporâneo, considerando as transformações econômicas, sociais, culturais e políticas inter-relacionadas às formas de viver neste contexto (HECK *et al.*, 2016).

Segundo Wunsch *et al.* (2014), na perspectiva de pesquisar sobre essa temática, foi realizado um estudo em uma comunidade rural no Rio Grande do Sul com vistas a conhecer as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas pelas famílias. Dentre os resultados, o cuidado como proteção relacionou-se com o uso de vestimentas adequadas para a temperatura e exposição ao Sol.

Nessa linha de pensamento, ressaltam-se os efeitos do clima na saúde da população rural. Na região Sul do Brasil, os integrantes das famílias rurais permanecem à mercê do clima para desenvolver suas atividades diárias. Como exemplo, o Sol pode ocasionar problemas dermatológicos, como o câncer de pele, decorrente da inadequada proteção e associado à pele clara. Soma-se a isso o

período de horas trabalhadas que, na maioria das vezes, excede 12 horas de trabalho diário (SCHWARTZ *et al.*, 2016).

No estudo mencionado, observou-se também o cuidado por meio do ato de benzimento, uso de chás e outras crenças populares. Essas práticas desempenham uma função de amparo às famílias rurais nas diferentes circunstâncias da vida, considerando que os credos culturais envolvem preceitos, princípios e aspectos subjetivos, os quais se tornam responsáveis por estabelecer uma afinidade entre as crenças e o cuidado popular (WUNSCH *et al.*, 2014).

Helman (2009) destaca que as pessoas têm um conjunto de crenças sobre a manutenção da saúde e o tratamento das doenças. Quando os indivíduos adoecem, seguem uma hierarquia de recursos, que variam do autotratamento à consulta com outras pessoas. Muitos cuidados são baseados em crenças leigas sobre estrutura e função do corpo e origem e natureza da má saúde. Eles incluem uma variedade de substâncias, como remédios populares tradicionais, “conselhos de comadre”, alterações na alimentação e mudanças no comportamento, que podem variar de rezas especiais, rituais, confissão, jejum, uso de talismãs e amuletos, até o repouso em uma cama quente.

Assim, nota-se que o cuidado tem vinculação com a cultura. Ele é decorrente de um processo de aprendizagem; é produzido nas ações entre os seres humanos e de maneira íntima está ligado com o ambiente. Emana daí uma práxis, um modo de importar-se e interagir com os demais elementos do ambiente (HECK *et al.*, 2016).

Para Heck *et al.* (2016), as experiências são reproduzidas conforme se tornam significativas, fazendo parte da expressão do sistema de cuidado de um grupo social. O cuidado na ótica das famílias rurais não é estruturado seguindo uma lógica acadêmica passo a passo, compreende outra lógica, a de viver a experiência, de agir e observar o que acontece no ambiente. O que é significativo é transmitido de modo verbal ou demonstrativo para aqueles que estão ao redor, de forma não sistemática, sendo perceptível na história de vida a importância das outras pessoas, dos animais, das plantas e da terra.

Para as famílias rurais, produzir e consumir o próprio alimento também se vincula à manutenção do cuidado, sendo considerado um alimento mais saudável e economicamente acessível. Na concepção delas, produzir o próprio alimento garante a sobrevivência na terra, motiva a continuidade da luta e protege a saúde (WUNSCH *et al.*, 2014).

O uso de medicamentos também é vinculado como uma forma de cuidado. A procura por serviços de saúde costuma ser adiada devido às demandas do trabalho. A prioridade é plantar e colher. A busca pelo atendimento especializado é feita para solucionar um agravo em saúde considerado inesperado ou agudo (WUNSCH *et al.*, 2014; SCHWARTZ *et al.*, 2016).

Dessa forma, nota-se que a saúde no meio rural tem uma relação mais ampla, que vai além do corpo, envolvendo a terra que produz o alimento e o ambiente vivo. Já a doença tem relação com o não poder trabalhar (HECK *et al.*, 2016).

Outra pesquisa desenvolvida com famílias do espaço rural na região Sul do Brasil apresentou situações de vulnerabilidade vivenciadas por essa população. Os pesquisadores constataram que os programas de saúde ainda não conseguem atender às necessidades da população rural, tendo em vista o isolamento das famílias, relacionado pela distância geográfica ou um sistema viário de difícil acesso aos serviços de saúde e a ineficiência dos programas que não atendem às singularidades dos ambientes rurais (SCHWARTZ *et al.*, 2016).

Para Schwartz *et al.* (2016), pouco é feito em relação à promoção da saúde e à prevenção de doenças pelos serviços de saúde no cenário rural. Destarte, o sistema de saúde, com a fragilidade dos seus programas, pode afetar de modo negativo o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. Além disso, a falta de informação sobre o ambiente das famílias por parte do sistema de saúde pode levá-las a um isolamento, fortalece o sentimento de estarem à margem das políticas públicas, da saúde, da educação, acarretando-lhes um desenvolvimento desfavorável e ineficiente.

A promoção à saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para adoção de políticas públicas seguras e saudáveis, entretanto a saúde como um direito social representa um ideal que até o presente momento ainda vem sendo construído no meio rural, deixando as famílias à margem das políticas do SUS. A falta de discussão coletiva sobre a temática nas comunidades justifica-se pelo fato de que a preocupação maior de todos envolve, primeiramente, a sobrevivência na terra, aliada aos financiamentos e projetos agrícolas (WUNSCH *et al.*, 2014).

A partir de todo esse cenário, com a intenção de melhorar as questões de saúde no meio rural no país, foi promulgada a Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Este aparato legal tem o objetivo de promover a saúde de tais populações por meio de ações e iniciativas que reconheçam

as especificidades de gênero, geração, raça/cor e orientação sexual, com vistas ao acesso aos serviços de saúde, à diminuição de riscos e agravos provenientes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

Ainda, o Ministério da Saúde aponta a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma reorganização da atenção em cuidado para a família em seu contexto. Assim, pode-se dizer que aumentando a cobertura das estratégias em áreas rurais, a vulnerabilidade das famílias poderá reduzir (SCHWARTZ *et al.*, 2016).

### 3.2 ASPECTOS GERAIS SOBRE O ÁLCOOL

O álcool, que tem como princípio ativo (psicotrópico) o etanol ou álcool etílico, é uma substância lícita, contida em diversas bebidas ao redor do mundo. Seu consumo é realizado para diversos fins, podendo ser por suas propriedades de alteração do humor, como alimento, medicamento, narcótico, energizante, afrodisíaco, conservante, desinfetante ou bebida sagrada. Nas comunidades humanas, o uso de álcool é tão antigo quanto a agricultura, como um subproduto da fermentação ou destilação de frutas, grãos e vegetais (SORDI; KREISCHE; DIEMEN, 2012; HELMAN, 2009).

Para Helman (2009), diferentes regiões do mundo produzem diversas formas de bebidas alcoólicas, dependendo do clima, das colheitas e das vegetações locais. O uísque, a vodka, o gim e a cerveja são derivados principalmente de grãos, o saquê japonês é feito de arroz fermentado, o rum e a cachaça da cana-de-açúcar, e centenas de vinhos podem ser obtidos a partir de uma variedade de tipos de uva.

Por conter calorias, o álcool é classificado como alimento, todavia não tem valor nutricional. Seu consumo é medido por doses. Uma dose equivale a 14 gramas (g) de álcool. Assim, uma dose de um drinque, independentemente da bebida, contém uma quantidade similar de álcool (TOWNSEND, 2014; SORDI; KREISCHE; DIEMEN, 2012).

Para obter as doses-equivalentes de uma bebida, multiplica-se a sua quantidade pela sua concentração alcoólica. Destarte, tem-se a quantidade absoluta de álcool da bebida. No Quadro 2 é feita a conversão: uma dose para cada 14 g de álcool da bebida (SORDI; KREISCHE; DIEMEN, 2012). Contudo, na prática, é difícil obter esses valores com precisão, já que há variedades de bebidas com diferentes apresentações alcoólicas, o tamanho das doses não é padronizado e a quantidade

de uma dose pode ser influenciada por vários fatores, como o tamanho do copo, a quantidade de gelo, a quantidade oferecida para o “santo” e o famoso “chorinho” (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Quadro 2 – Unidades de álcool em cada dose de bebida

Bebida	Volume	Teor alcoólico	Quantidade de álcool (volume x teor alcoólico)	Gramas de álcool (volume de álcool x 0,8*)	Dose 1D = 14 g
Vinho tinto	150 ml	12%	18 ml	14,4 g	1
Lata de cerveja	350 ml	5%	17,5 ml	14 g	1
Destilado	40 ml	40%	16 ml	12,8 g	1

(\*) A quantidade de álcool em gramas é obtida a partir da multiplicação do volume de álcool contido na bebida pela densidade do álcool (d=0,8).

Fonte: Sordi, Kreische e Diemen (2012, p. 30).

O álcool é consumido via oral e cerca de 20% de uma dose única são absorvidos na corrente sanguínea pela parede do estômago. Os outros 80% do álcool de uma bebida são processados no intestino delgado. Esse é um dos motivos de a alcoolemia (nível de álcool no sangue) ser muito maior quando alguém bebe de estômago vazio, o álcool vai ligeiramente do estômago para o intestino delgado, local principal da sua absorção. Ele é metabolizado no fígado primariamente por meio da enzima chamada álcool desidrogenase (ADH). As mulheres têm, em média, quantidades menores dessa enzima, o que faz com que atinjam maiores concentrações de álcool no sangue do que os homens, bebendo quantidades equivalentes (TOWNSEND, 2014; SORDI; KREISCHE; DIEMEN, 2012).

O álcool causa alterações no sistema nervoso central, deprimindo a atividade cerebral. Seus efeitos inibitórios são decorrentes de sua ação de potencialização dos receptores GABA e também de agir como antagonista ao receptor de glutamato de N-metil-D-aspartato, que possui efeito excitatório (FAVARO; FIGUEIREDO, 2011). Inicialmente, os efeitos do uso de bebidas alcoólicas são de relaxamento e perda de inibições (VIDEBECK, 2012). Com a ingestão de quantidades acima do nível tolerado pelo indivíduo, ocorre a intoxicação alcoólica aguda, caracterizada por uma condição clínica que produz alterações psíquicas e físicas suficientes para interferir no funcionamento normal do organismo. Seus estágios variam de embriaguez leve até anestesia, coma, depressão respiratória e, mais raramente, morte (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011; REZENDE; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).



As alterações decorrentes da intoxicação alcoólica incluem fala pastosa, marcha irregular, diminuição do desempenho motor, prejuízos de atenção, concentração, memória e julgamento crítico; alteração de humor, agressividade e comportamento sexual inapropriado (VIDEBECK, 2012). Há ainda um aumento da suscetibilidade a acidentes automobilísticos, violência, ideação suicida e tentativa de suicídio (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011; REZENDE; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Dentre os efeitos fisiológicos da intoxicação repetida e do uso crônico de álcool, estão: neuropatia periférica, miopatia alcoólica, encefalopatia de Wernicke, psicose de Korsakoff, cardiomiopatia alcoólica, esofagite, gastrite, pancreatite, hepatite alcoólica, cirrose hepática, leucopenia, trombocitopenia, disfunção sexual e Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (TOWNSEND, 2014).

Um quadro clínico apresentado por pessoas dependentes de álcool é a Síndrome de Abstinência de Álcool (SAA), caracterizada por um conjunto de reações físicas e psicológicas negativas, que iniciam normalmente de quatro a 12 horas após a interrupção ou a redução notável do uso dessa substância. Os sinais e sintomas podem incluir tremores de extremidades, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial, insônia, ansiedade, náuseas e vômitos. Quando grave ou não tratada, a SAA pode progredir para convulsões ou um quadro confusional agudo denominado *delirium tremens* (VIDEBECK, 2012).

Além do comprometimento orgânico, a dependência de álcool afeta aspectos sociais e profissionais do indivíduo e influencia em suas relações com os membros da família e da sociedade. O sujeito, ao beber em excesso, não consegue cumprir com todos seus compromissos laborais e familiares. É comum ocorrer absenteísmo do alcoolista no trabalho devido a ele apresentar dificuldade em acordar e sair da cama em função de aspectos físicos e sonolência, decorrentes do estado de embriaguez ou ressaca. Esta situação pode levar o alcoolista a chegar atrasado ao trabalho e/ou perder o emprego e, por esta razão, apresentar dificuldades financeiras (SILVA *et al.*, 2011).

Segundo Silva *et al.* (2011), comumente, os alcoolistas utilizam sem controle seus recursos financeiros para satisfazer a sua dependência. O indivíduo torna-se tão dependente do álcool que a bebida alcoólica passa a ter prioridade em sua vida e o trabalho e a família ficam em um segundo plano. Pode-se considerar que o alcoolismo é uma doença da família, pois todos seus integrantes são afetados e sofrem descargas destrutivas, o que leva a uma vida tumultuada, entre discussões,

mentiras, negações, vergonha e insegurança, que contribuem para a desestabilização familiar.

No contexto da dependência química, a condição de dependência normalmente não é entendida como tal pelo dependente. Em um estudo realizado com mulheres usuárias de álcool, as entrevistadas expuseram situações características de dependência e compulsão por bebidas alcoólicas, porém não reconheceram a ingestão excessiva de álcool como prejudicial. Elas percebem a necessidade de continuar bebendo, mas não entendem como dependência; contudo, relatam que familiares ou amigos já solicitaram que parassem de beber ou tentaram ajudá-las de alguma forma (MONTEIRO *et al.*, 2011).

No entanto, segundo Monteiro *et al.* (2011), mesmo apresentando queixas que resultam dos efeitos do uso de bebidas alcoólicas, as mulheres não associaram problemas de saúde a esse consumo. Reconheceram somente as manifestações orgânicas que interferem na rotina e no desempenho profissional. Com intuito de superar esses sintomas, elas preferem consumir álcool de novo.

O entendimento de que se está diante de uma situação a ser enfrentada é marcado pela consciência da perda de controle sobre o uso, a impossibilidade de realizar as atividades diárias na ausência da substância psicoativa, a insuportabilidade da abstinência e a dificuldade de interromper o consumo a despeito da percepção do problema e de suas consequências (MARQUES; MÂNGIA, 2013).

São vários os fatores que podem estar associados ao alcoolismo, entre eles estão problemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Em relação às influências psicológicas, um forte antecedente registrado em estudos são os transtornos depressivos (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Helman (2009) dá ênfase aos fatores culturais, apontando que o consumo de álcool está inserido na matriz cultural dos grupos sociais. Dentro dos aspectos que explicam como e por que as pessoas bebem, devem ser levadas em conta as características socioculturais do usuário, família e amigos, além do ambiente em que ocorre o consumo da bebida alcoólica. Em particular, é necessário avaliar as atitudes do grupo cultural quanto a dois tipos de consumo de álcool, sendo eles: o “normal”, que é aceitável socialmente, e o “anormal”, que é socialmente inaceitável, considerado como alcoolismo.

O consumo normal está relacionado com o uso diário durante as refeições ou em ocasiões sociais e rituais. Nesses casos, o uso moderado de bebidas alcoólicas

é aceito e faz parte do cotidiano. No entanto, o tipo e a quantidade de álcool, a situação em que é consumido e a pessoa que consome são aspectos controlados de maneira rígida por regras e sanções sociais. No consumo anormal tais regras são transgredidas e a ingestão de álcool é frequente e em excesso, resultando em um comportamento descontrolado e embriagado. As circunstâncias em que isso ocorre e as características definidas deste comportamento variam conforme os diferentes grupos culturais. Entretanto, o limite entre o consumo normal e o anormal não é claro. É preciso analisar o comportamento definido culturalmente como normal por um grupo para compreender as formas anormais do uso de bebidas alcoólicas que podem ocorrer dentro dele (HELMAN, 2009).

Baseado em um estudo de O'Connor, de 1975, Helman (2009) classificou as culturas em quatro grupos. Nas culturas abstinentes, o uso de álcool é estritamente proibido e suas normas incentivam sentimentos intensamente negativos com relação a esse uso. São exemplos as culturas muçulmanas e certas igrejas protestantes ascéticas do mundo. Uma vez que o consumo normal do álcool é raro nessas culturas, o consumo problemático (anormal) é mais alto do que em culturas mais permissivas, especialmente como uma consequência de problemas pessoais.

Segundo o referido autor, as culturas ambivalentes apresentam duas condutas contraditórias com relação ao álcool. Nessa situação, como acontece com os irlandeses, a cultura não possui um sistema bem integrado de controles, o que deixa o indivíduo em um estado de ambivalência, que pode conduzi-lo ao alcoolismo.

Por outro lado, em uma cultura permissiva, há normas, costumes, valores e sanções relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas, comuns aos membros do grupo. Neste tipo de cultura, é considerado normal o consumo moderado às refeições e em determinados eventos sociais, embora haja fortes restrições ao estado de embriaguez ou a outras formas de comportamento descontrolado. Nesses grupos, o alcoolismo costuma ser menor. São exemplos os italianos, os espanhóis, os portugueses e os judeus ortodoxos. Os americanos de origem italiana consideram o vinho como um tipo de alimento, a ser consumido somente como parte das refeições, enquanto que, entre os judeus ortodoxos, o vinho é um elemento que faz parte de rituais religiosos. Ambos os grupos tendem a desprezar o comportamento do indivíduo alcoolizado e desaprovam o consumo entre as refeições (HELMAN, 2009).

O último grupo mencionado pelo referido autor é o da cultura superpermissiva, que pode ser ilustrada pelos franceses. O índice de alcoolismo

nessa população é maior do que em culturas permissivas. Nesse grupo não apenas as atitudes são favoráveis ao consumo normal do álcool, mas as formas de comportamento desviante devido a ele. Além disso, o ato de beber é associado à virilidade e há uma difundida compreensão por parte da sociedade de que a embriaguez é moderna, divertida ou, ao menos, tolerável.

De um modo geral, em grupos com cultura permissiva ou superpermissiva ao uso de álcool, em que o consumo é permitido, ainda que de forma controlada, são menores os índices de alcoolismo do que em culturas abstinentes ou ambivalentes. Tais padrões são transmitidos por meio das gerações e determinam, em parte, se um membro da sociedade irá ou não buscar consolo na bebida alcoólica em uma situação de crise ou insatisfação (HELMAN, 2009).

Contudo, apesar de o modelo de O'Connor ser útil, ele possui uma aplicabilidade limitada, visto que as culturas nunca são homogêneas, particularmente nas complexas sociedades industriais modernas. Dentro da mesma sociedade ou comunidade, ou até dentro da mesma família, pode haver atitudes muito diferentes entre os diversos grupos de pessoas em relação ao que constitui o consumo normal ou anormal da bebida alcoólica. Tais atitudes podem ser influenciadas por vários aspectos, incluindo escolaridade, gênero, grupo etário, criação, fé religiosa, classe social ou mesmo região (HELMAN, 2009).

Videbeck (2012) também compartilha desse pensamento ao relacionar as influências do ambiente e dos costumes sociais no consumo de álcool com diversos fatores, como custo, disponibilidade, leis, comportamentos entre colegas, aceitação cultural do uso abusivo de substâncias psicoativas, etnia, religião, entre outros.

Ao pensar na perspectiva da família, a literatura afirma que casos de alcoolismo no âmbito familiar predispõem os indivíduos a também desenvolverem a dependência de álcool. Filhos de pais alcoolistas têm maior risco para o desenvolvimento de alcoolismo e dependência de outras drogas do que os de pais não alcoolistas. Isso é resultado, em parte, de fatores ambientais, haja vista que os pais são referência para os filhos, mas evidências apontam para a importância do componente genético (MANGUEIRA; LOPES, 2014; VIDEBECK, 2012).

A influência de pais alcoolistas, no consumo de substâncias psicoativas pelos filhos, pode ser ilustrada por uma pesquisa realizada com dez mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas, moradoras de uma comunidade no meio rural, no Piauí. São mulheres oriundas de lares nos quais familiares faziam uso constante de

álcool. Elas narraram a convivência com familiares alcoolizados desde a infância, ora mostrando o pai como consumidor, ora a mãe como vendedora e/ou consumidora. Algumas falas apontaram que foi na família o início do consumo de bebida alcoólica, muitas vezes incentivado pelos pais. Nota-se que o modelo familiar de origem passou a ser reproduzido na vida adulta. No entanto, as participantes do estudo não demonstraram ter consciência da associação do seu histórico com sua condição de vida atual (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Alguns teóricos acreditam que a dinâmica familiar desempenha um papel no alcoolismo. A inconsistência do comportamento dos pais, os maus modelos de conduta e a falta de acompanhamento e educação abrem caminho para que a criança adote um estilo similar de enfrentamento mal adaptativo, relações conflituosas e abuso de substância. Alguns sujeitos usam o álcool como uma forma de enfrentamento, ou para amenizar estresse e tensão, aumentar a sensação de poder e minimizar a dor psicológica (VIDEBECK, 2012).

Para Helman (2009), existem cinco aspectos que podem influenciar a conduta (normal e descontrolada) com relação à bebida alcoólica, desde a educação do indivíduo até sua condição presente. São elas:

- 1) Consumo de álcool em família: se os pais bebem e com que frequência, histórico de alcoolismo na família e aprovação dos pais quanto ao consumo de bebidas alcoólicas pelos filhos.
- 2) Estrutura familiar: o modo habitual de tomar decisões no ambiente doméstico; isto é, se as decisões referentes aos filhos são tomadas por um dos genitores ou pelos dois em conjunto; e o grau de afeto explícito e de apoio mútuo existente dentro da família.
- 3) Variáveis de personalidade: em especial, as orientações a respeito das conquistas de objetivos, competência e autoridade. Os autores observam que uma estrutura familiar autoritária gera indivíduos com um tipo de personalidade com uma necessidade de ser único e poderoso nas tomadas de decisões, e que tal atitude pode predispor a pessoa ao consumo problemático do álcool.
- 4) Comportamento do cônjuge com relação ao álcool: o alcoolismo é também mais provável se um dos cônjuges bebe em excesso.
- 5) Ambiente no qual se faz o uso de álcool: o ambiente em que a pessoa vive, ou seja, a prevalência do hábito de beber e da disponibilidade de

bebidas alcoólicas no meio ambiente sociocultural, incluindo ocasiões sociais, festivas ou rituais.

Outro fator relacionado ao uso de álcool encontrado na literatura foi as condições de trabalho. No estudo mencionado anteriormente, realizado com mulheres alcoolistas, as participantes verbalizaram que o consumo de bebidas alcoólicas era feito como uma forma de atenuar as dificuldades diárias, pelo tipo de trabalho que desenvolviam e que consideravam de difícil enfrentamento, como a prostituição e a quebra de coco<sup>1</sup> (MONTEIRO *et al.*, 2011).

### 3.3 O CONTEXTO FAMILIAR E AS REPERCUSSÕES DO USO DO ÁLCOOL

No Brasil, percebe-se, nas últimas décadas, um aumento de políticas e estratégias assistenciais que adotam a família como alvo privilegiado de intervenção (TRAD, S., 2010). Assim, famílias e seus domicílios passaram a ser foco de atenção de profissionais e gestores da área da saúde, descentralizando-se dos indivíduos e hospitais. A partir dessa premissa, os espaços familiares constituem terrenos férteis para a otimização de ações de saúde. Nota-se que tanto as políticas públicas quanto o setor privado têm investido em estratégias nessa área (GIRARDON-PERLINI, 2009).

Um exemplo disso é a ESF, iniciativa prioritária do SUS para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2013b). Implantada primeiramente como um programa para pessoas desassistidas, a Saúde da Família foi posteriormente alçada à condição de estratégia para a reestruturação do sistema de saúde. Na ESF, a unidade familiar é central (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

---

<sup>1</sup> A quebra de coco de babaçu é realizada na região Norte do Brasil, no Maranhão, Tocantins, Pará e Piauí, onde existem as palmeiras de babaçu. As quebradeiras de coco são trabalhadoras rurais, que vivem em função do extrativismo. Elas adentram a mata em busca das palmeiras de babaçu para colher seu fruto. Reúnem-se em grupos para quebrar os pequenos cocos. O principal produto retirado são as amêndoas, que são transformadas em óleo bruto, vendido para a indústria de cosméticos e de sabão. São produzidos vários produtos artesanais, como a farinha, rica em amido, vitaminas e sais minerais, que pode ser utilizada em bolos, tortas, vitaminas e sucos de frutas. Da palha da palmeira são confeccionadas bolsas, esteiras, cestos, chapéus e peneiras. O sabonete é produzido sem uso de aditivos e a partir do óleo de babaçu. Existe ainda uma linha de bio-joias feitas do endocarpo do babaçu e de sementes variadas. Sabão, azeite e carvão completam o catálogo de produtos de babaçu cuja comercialização permite diversificar e melhorar a renda das famílias envolvidas na coleta do coco (MARIUZZO, 2013).

As mulheres quebradeiras de coco passam por conflitos envolvendo o acesso aos babaçuais, que estão muito concentrados em áreas localizadas em propriedades privadas cujos donos dificultam suas entradas. Também enfrentam conflitos de gênero, de classe, bem como questões deficitárias no que tange à sua educação, qualidade de vida e outros aspectos que ferem a proteção à dignidade prevista na Constituição Federal (ARAÚJO JUNIOR; DMITRUK; MOURA, 2014).

No setor privado, nota-se um incremento no número de empresas prestadoras de serviços de assistência à saúde domiciliar. Entretanto, o sucesso desses tipos de atendimentos pressupõe a efetiva aceitação e participação da família, pois, em muitas ocasiões, as empresas que prestam esses serviços complementam e servem de apoio para o cuidado provido pela família (GIRARDON-PERLINI, 2009).

Para Girardon-Perlini (2009), a inserção da família também é preconizada no ambiente hospitalar, por meio das políticas de humanização nos serviços, que entendem a família como um fator que minimiza os impactos da internação e como um recurso capaz de contribuir na recuperação da pessoa adoecida.

Em relação ao campo das políticas de álcool e outras drogas, a despeito do reconhecimento de que a relação entre o indivíduo e sua família é um fator relevante na determinação ou enfrentamento do problema, ainda pode ser considerada incipiente a implementação de estratégias centradas na família. Porém, considera-se que a incorporação do modelo da 'redução de danos' na política nacional de drogas e a implantação dos CAPSad podem favorecer o florescimento do enfoque familiar. Ambos, em suas bases teóricas, colocam em manifesto a importância do resgate dos controles sociais informais na prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas e tratamento dos casos de dependência (TRAD, S., 2010).

Ao analisar sob a perspectiva histórico-social o lugar da família no manejo do problema das drogas, segundo Sérgio Trad (2010), constata-se a dependência direta da posição assumida pelo Estado nos processos de controle e regulação do seu uso ou de assistência aos usuários. À medida que se desenvolve o papel intervencionista do Estado no âmbito da assistência, minimizam-se o papel da família e outros controles informais.

A história do percurso da criação de políticas públicas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil é relativamente recente. As primeiras medidas registradas eram provenientes do campo da Justiça e da segurança pública, e demandavam, para os usuários, a internação e o isolamento social, pautadas no ideal de abstinência e repressão (BRASIL, 1938; MACHADO; BOARINI, 2013).

Foi a partir da segunda metade da década de 1980, após o fim da ditadura militar, que o modelo proibicionista, incorporado à saúde pública, passou a ser problematizado e emergiram discursos em torno do uso de drogas e da prevenção. Isso se deu, principalmente, à abordagem contraditória desse modelo, que privilegiava o combate às substâncias ilegais e desconsiderava o importante

consumo de produtos legais, como o tabaco, as bebidas alcoólicas e os fármacos (TRAD, S., 2010).

As críticas ao modelo proibicionista levaram a novas propostas e ao destaque da importância da família na área da saúde, resgatando sua capacidade de mediação entre o usuário, o uso de álcool e outras drogas e a sociedade. As estratégias mais sensíveis ao indivíduo, como a redução de danos, assumiram uma função significativa na atenção ao uso e abuso de drogas. Ressalta-se o duplo papel exercido pela família, seja como fator responsável pelo uso, seja pela responsabilidade na eficácia do tratamento (TRAD, S., 2010).

Isso se dá em razão de o contexto familiar ser o primeiro espaço de identificação e explicação do adoecimento de seus membros, em que os fenômenos da saúde e da doença adquirem maior relevância. O impacto da doença incide sobre todas as pessoas da família, assim como a interação familiar influencia na melhora do quadro clínico (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014; MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Foi a partir da Reforma Sanitária e da SENAD que surgiram novas formas de intervenção, como a inclusão da família nas estratégias dos serviços públicos de saúde. No que diz respeito a aparatos legais, algumas iniciativas favoreceram a adoção de abordagens mais próximas da família e/ou comunidade (TRAD, S., 2010).

Com a promulgação da Lei Federal n. 10.216, de 2001, que legitimou o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os usuários de álcool e outras drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública. Essa lei reconheceu o direito ao tratamento e à reinserção social, priorizando a rede extra-hospitalar de cuidados. Com sua vigência, as políticas sobre álcool e outras drogas passaram a priorizar a rede de cuidados junto da família e da comunidade, além de ressaltar os direitos à saúde e à proteção do usuário (BRASIL, 2001; MACHADO; BOARINI, 2013).

Por meio da Portaria n. 816/GM SUS, de 2002, foi criado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Definiram-se, como prioridades, ações terapêuticas, de prevenção, de educação e de reabilitação, direcionadas ao usuário, familiares e comunidade. Em 2004 surgiram os primeiros CAPSad. Sua criação e a inclusão da redução de danos propiciaram o resgate dos controles sociais na comunidade (TRAD, S., 2010).



Nessa perspectiva da redução de danos também foi publicada a Política Nacional sobre o Álcool, por meio do Decreto n. 6.117, de 2007 (BRASIL, 2007). Essa política resultou do histórico de grandes problemas do uso de álcool, que envolve altos custos sociais e, inclusive, tem relação significativa com eventos acidentais ou situações de violência, como a doméstica (BRASIL, 2003).

Na Política Nacional sobre o Álcool, o Governo Federal apoiou a estratégia de redução de danos por meio de ações de capacitação de profissionais de diversos setores, inclusive garçons; a orientação e a informação sobre o consumo de álcool, a promoção de cultura e o fornecimento gratuito de água potável nos estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007; MACHADO; BOARINI, 2013).

Dessa forma, segundo Sérgio Trad (2010), pode-se considerar que o cenário atual das políticas de álcool e outras drogas é favorável ao florescimento de projetos de caráter pedagógico e humanístico. Acerca da família, destacam-se apelos pela sua integração nas estratégias de prevenção ou assistência. Cresce a convicção de sua importância seja no apoio ao tratamento da dependência, seja pelo papel no âmbito familiar no desenvolvimento de seus membros, como crianças e jovens.

A inserção da família nas políticas e nos serviços no campo das drogas é muito importante, assim como supõe enormes desafios para pesquisadores, gestores e profissionais que atuam nos serviços. O primeiro consta em compreender a família dos dias atuais, que envolve muitos fatores conformados nos diferentes contextos e realidades socioculturais (TRAD, S., 2010).

Ao pensar no tema 'família' é importante entender sua complexidade, rompendo com conceitos fechados e lineares, que produzem uma concepção reducionista dessa temática (BRASIL, 2013b). Define-se família como uma unidade social básica e universal. Básica porque a sociedade depende dela para sua existência; e universal por existir em todas as sociedades humanas, de uma forma ou de outra (DIAS, 2010).

Para Costa (2014), a família é um grupo de pessoas ligadas diretamente por conexões de parentesco ou laços afetivos. Consiste na primeira referência do sujeito. É mediadora entre ele e a sociedade, em que as pessoas aprendem a perceber o mundo e a se situar nele. Ela é uma das responsáveis pela formação pessoal dos seres humanos.

Dessa forma, a família é compreendida como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, formado por pessoas que compartilham uma relação de cuidado, envolvendo proteção, alimentação e socialização, e que estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais em um dado contexto geográfico, histórico e cultural (BRASIL, 2013b).

Cada unidade familiar tem uma cultura própria e códigos, que constituem normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações. As ações são analisadas em uma conjuntura de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história particular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais (BRASIL, 2013b).

Segundo Costa (2014), o panorama da família contemporânea foi se diversificando a partir da década de 1960, em decorrência do aumento do número de separações e divórcios; da religião que foi se enfraquecendo, não conseguindo mais manter casamentos com relacionamentos insatisfatórios; e da igualdade que passou a ser um pressuposto em muitas relações matrimoniais.

As modificações sofridas pela família não estão apenas na sua configuração, ou seja, nos membros que a compõem. Também há mudanças nos papéis e nas dinâmicas familiares, que se tornam menos hierarquizados e mais flexíveis. Isto não significa que não ocorram conflitos e disputas de poder. A autoridade paterna, outrora inquestionável, e o lugar de provedor destinado majoritariamente ao homem são afetados pela inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho e por outras conquistas da população feminina. Além de refletirem alterações na divisão sexual do trabalho, as transformações nas relações de autoridade e poder no contexto familiar mostram uma tendência social mais ampla, referente às relações de gênero e gerações na sociedade atual (TRAD, L., 2010).

Estudiosos do tema acreditam que não se pode falar sobre 'a família' como se houvesse somente um modelo de vida familiar que seja mais ou menos universal, já que existem muitas configurações familiares diferentes, como mostra o Quadro 3.

Assim, ainda que se possa usar o termo no singular para facilitar, é importante lembrar a pluralidade que ele abarca (GIDDENS, 2012).

Quadro 3 – Configurações familiares na contemporaneidade

<b>Tipos de Famílias</b>	<b>Características</b>
Família nuclear	Pai e mãe estão presentes, morando na mesma casa, e todas as crianças são filhos deste casal.
Família monoparental	A mãe ou o pai está presente, vivendo com seus filhos e, eventualmente, com outros menores de idade sob sua responsabilidade, sem nenhuma pessoa maior de 18 anos, que não seja filho, morando na casa.
Família recasada	Pai e/ou mãe vivendo em nova união, legal ou consensualmente, e podem ter seus filhos vivendo ou não juntos na mesma casa, sejam deles próprios, sejam de casamentos anteriores.
Família uniparental	É assim definida quando o ônus da criação do filho é de apenas do marido ou da mulher, seja por viuvez, seja por maus-tratos etc.
Família não convencional	Grupo mais amplo que consiste na família nuclear (pai, mãe, filhos) mais os parentes diretos de ambos os lados, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos para pais, avós e netos.
Família homoafetiva	Casais do mesmo sexo adotam filhos ou um deles faz inseminação artificial ou via barriga de aluguel.
Família de pais separados	Família dissolvida, porém, os ex-cônjuges ficam com a guarda compartilhada dos filhos.
Família de filhos adotivos	Devido a algum problema de infertilidade, o casal adota filhos ou, além de terem filhos biológicos, optam pela adoção também.
Família sem filhos	Resulta da combinação de mudanças na maternidade (muitos casais esperam mais tempo para ter filhos ou excluem a gestação de seus planos) ou, na evolução da educação e da renda, permitem que os filhos saiam de casa para estudar e trabalhar.

Fonte: Costa (2014, p. 54).

Quando uma pessoa faz uso de substâncias psicoativas, como o álcool, o impacto que a sua família sofre é correspondente às reações que vão acontecendo com o usuário. Diante de um cenário de caos familiar em decorrência do alcoolismo, pode surgir a codependência. Esse termo é utilizado para classificar a angústia e o sofrimento emocional vivido por todos aqueles que possuem uma ligação de extrema importância com a pessoa que é dependente. O codependente, por muitas vezes, coloca as necessidades do outro como prioridades, esquecendo até mesmo das suas (SANTOS *et al.*, 2016).

De acordo com Costa (2014), podem-se resumir quatro estágios que definem uma tendência do impacto do uso das substâncias psicoativas nas famílias:

- 1) Ocorre principalmente o mecanismo de negação. Os indivíduos ficam tensos, deixam de falar sobre seus reais pensamentos e sentimentos e há desentendimentos;

- 2) A família mostra-se bastante preocupada. Ela tenta controlar o uso da substância, bem como as suas implicações físicas, emocionais, no trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades referentes ao uso das substâncias psicoativas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não comentar do assunto, de modo a manter a fantasia de que o álcool e outras drogas não estão causando problemas na família;
- 3) Instala-se a desorganização na família. Seus membros adotam papéis rígidos e previsíveis. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus. Dessa forma, o usuário perde a oportunidade, muitas vezes, de perceber as consequências da sua dependência. Comumente ocorre uma inversão de papéis e funções; por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades da casa em decorrência do alcoolismo do marido ou a filha mais velha passa a cuidar dos irmãos em consequência do uso de álcool por parte da mãe;
- 4) Caracteriza-se pela exaustão emocional da família, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em vários de seus membros. A situação fica insustentável, o que leva ao afastamento dos membros e gera rupturas familiares. Dados esses processos, é fundamental a inclusão de famílias em programas de prevenção e de tratamento e incentivadas em seu protagonismo.

Destaca-se que, apesar desses estágios definirem um padrão da evolução do impacto das substâncias psicoativas, não se pode afirmar que o processo será igual em todas as famílias. No entanto, indubitavelmente, há uma tendência de os familiares sentirem culpa e vergonha por terem um membro usuário de álcool e/ou outras drogas. Por vezes, devido a sentimentos, a família demora muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que agrava o desfecho do caso (COSTA, 2014).

Ainda, ressaltam-se aspectos mencionados anteriormente neste estudo, que dentre os importantes fatores determinantes do padrão do consumo de drogas estão a família e o contexto cultural. Uma pesquisa, que investigou na literatura o alcoolismo como fator associado à disfunção na família, destacou o grande impacto da dependência do álcool sobre os filhos de alcoolistas. Além do risco aumentado para o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, os filhos de alcoolistas têm uma

tendência maior em apresentar baixo rendimento escolar, que pode culminar com o abandono dos estudos. Os âmbitos familiar e escolar são fundamentais para o desenvolvimento sadio de crianças e de adolescentes. Os filhos de dependentes de álcool são expostos a altos níveis de agressividade e conflito conjugal não resolvido, falta de suporte familiar, depressão de um dos pais, dificuldades financeiras e abuso verbal, sexual e/ou físico. Todos esses aspectos contribuem para que os filhos desenvolvam transtornos mentais e comportamentais, gravidez na adolescência e apresentem risco de suicídio (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Outro impacto que o alcoolismo pode gerar na família relaciona-se ao casamento. O álcool interfere nas relações de casal, gerando um adoecimento conjugal. Este se caracteriza pelo evitamento da comunicação e de responsabilidade, dificuldades no trabalho cooperativo, criticismo elevado, insatisfação marital, desejo sexual diminuído, ciúmes, estresse e violência. Dessa forma, o álcool contamina as relações e pode culminar com o divórcio (MANGUEIRA; LOPES, 2014; LOURENÇO; FERNANDES, 2011).

Em uma pesquisa realizada com familiares de dependentes de álcool, sendo a maioria das participantes esposas, as experiências que foram contadas traduzem que a convivência diária com o alcoolista implica em várias formas de violência, desde aquelas que são reconhecidas como tal, até as que estão veladas, por padrões sociais, que preconizam que a esposa permaneça com seu cônjuge alcoolista, mesmo que ele lhe seja infiel. Para manter o casamento, vale até silenciar a própria vontade, em nome da ética, do sentimento de satisfação por cumprir o mandato social de continuar casada (SENA *et al.*, 2011).

As participantes do estudo falaram acerca de sua imagem diante da sociedade, que considera o casamento como imprescindível e a presença de um companheiro como um requisito importante de respeito e aceitação da mulher. Ainda, expressaram preocupações com relação ao seu papel perante a sociedade e a religião, que impõem normas, censuras e tradições (SENA *et al.*, 2011).

Outros fatores julgados essenciais para a não separação do cônjuge foram a constituição de uma família e de um lugar que pode ser chamado de seu, a preocupação com o bem-estar dos filhos, o medo de viver sozinhas e a crença na mudança do companheiro. Além disso, as informantes relataram ter pelo esposo sentimentos de amor, carinho, compaixão e desejo de cuidar. Nessa perspectiva, os

momentos de carinho e de atenção vividos ao lado do marido parecem ajudá-las a suportar os momentos tristes e o sofrimento vivenciado (SENA *et al.*, 2011).

#### 4 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE ALFRED SCHUTZ

Antes de explicar sobre o referencial teórico-metodológico de Alfred Schutz, considera-se importante trazer aspectos biográficos desse pensador. Ele nasceu na Áustria, em Viena, no ano de 1899, e faleceu em 1959 nos Estados Unidos, em Nova York (SOUZA, 2012).

Aos 18 anos, foi enviado ao campo de batalha, na fronteira italiana, servindo o Exército Austro-Húngaro durante a Primeira Guerra. Após retornar, viu-se em um império em crise e optou por substituir os projetos de se tornar maestro ou escritor para fazer o curso de Direito, concluído em 1921. Ele se especializou em direito internacional na faculdade e durante sua vida profissional trabalhou em uma empresa bancária, construindo uma carreira sólida como analista econômico (CASTRO, 2012).

Movido pelo interesse intelectual, segundo Castro (2012), Schutz frequentava grupos de estudo em Viena. Um deles, o *Geistkreis*, foi fundado por Friedrich von Hayek, e tinha como regra intervir sobre assuntos dos quais se desconhecia tudo. Por exemplo, um matemático falava de ópera. Outro grupo, chamado *Mises Seminar*, abordava questões teóricas e metodológicas das ciências sociais. Neste, inclusive, Schutz proferiu cinco conferências, entre 1928 e 1930.

Durante seus anos de estudo, Alfred Schutz se empenhou nas leituras das obras de Max Weber e Edmund Husserl, que acabaram por constituir pedra angular dos seus escritos. Em 1932, foi publicado o único trabalho de Schutz sob a forma de livro durante sua vida, intitulado *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*<sup>2</sup>, e reúne toda a armadura conceitual usada por ele em sua sociologia fenomenológica (CASTRO, 2012; SCHUTZ, 2012).

Em 1938, diante da iminente ameaça da ocupação da Áustria por Hitler, Schutz emigrou para Paris. Um ano depois se exiliou nos Estados Unidos, instalando-se com a família em Nova York. Ele continuou atuando no ramo dos negócios, trabalhando na empresa bancária, e passou a ministrar aulas na University in Exile, criada por Alvin Johnson, posteriormente chamada de Graduate Faculty of the New School for Social Research, que objetivava acolher intelectuais e estudantes europeus exilados pela guerra. Schutz fez parte do conselho editorial da

---

<sup>2</sup> Tradução para o português: A fenomenologia do mundo social.

revista *Philosophy and Phenomenological Research*, contribuindo com vários artigos para essa revista e outros periódicos, além de simpósios. Ele publicou em vida 32 textos, a maioria em inglês, e alguns em francês, alemão e espanhol. Postumamente, entre 1962 e 1966, surgiram os três volumes dos *Collected Papers*, contendo a maior parte de seus textos escritos (SCHUTZ, 2012).

Em sua obra, ao estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica, Schutz propôs a análise das relações sociais mútuas que envolvem pessoas. Ele destacou as características próprias de cada relação cujas ações ocorrem conscientemente, com intencionalidade, colocando em discussão a relação entre a consciência e a ação, e que tem significação para o sujeito (ZEFERINO; CARRARO, 2013).

Para o entendimento da sociologia fenomenológica é necessário conhecer alguns conceitos desenvolvidos por Husserl que foram explicados detalhadamente por Schutz devido este os considerar relevantes para seus próprios estudos. Destacam-se: consciência, intencionalidade, *epoché*, fenômeno e significado.

Na ótica fenomenológica de Husserl, é incontestável que existe uma 'consciência' pessoal; o dado imediato é o eu, muito mais do que o pensamento, e o fato da existência da consciência universal não se exprime em sentimentos e pensamentos existem, mas em eu penso e eu sinto. No interior de cada consciência pessoal, o pensamento é contínuo e mutável, podendo ser comparado a um rio ou uma corrente. Termos como corrente de pensamento, corrente de experiências ou cogitações e corrente de vida pessoal consciente são empregados para caracterizar a essência da vida pessoal interior (SCHUTZ, 2012).

Segundo Husserl, a vida pessoal da consciência, como fato incontestável, leva à apreensão e à investigação teórica do reino da consciência pura no seu próprio Ser autossuficiente. Esse pensador, desde o princípio, tinha como um dos seus problemas constituir uma disciplina com a capacidade de fornecer a base segura a partir da qual se pudesse construir uma Psicologia empírica de peso (SCHUTZ, 2012).

Nessa perspectiva, Husserl iniciou com a explanação acerca das características da experiência psicológica. Conforme os seres humanos vão vivendo, eles vivem em suas experiências e ficam tão focados nos objetos dessas experiências que não se atentam para os atos da experiência subjetiva em si. Com a finalidade de mostrar esses atos da experiência como tais, as pessoas necessitam



transformar a atitude ingênua com a qual se dirigem aos objetos e precisam se voltar para suas experiências, em uma ação exclusiva de reflexão (SCHUTZ, 2012).

Posteriormente, segundo Schutz (2012), deve ser revelada a visão a que os indivíduos chegaram por meio da reflexão à 'intencionalidade' da consciência. Nossas cogitações são consciência de alguma coisa. O 'fenômeno' que surge na reflexão é o objeto intencional da intenção, acerca do qual a pessoa pensa, do qual ela percebe. Destarte, toda experiência é caracterizada por ser uma consciência e por ser determinada pelo objeto da intenção. A intencionalidade pode ser descrita através da esfera da redução fenomenológica, que se trata de um conceito basal da teoria de Husserl e exige maior elucidação.

De acordo com Husserl, os seres humanos em seu cotidiano, do ponto de vista natural, aceitam sem questionar a existência do mundo exterior, o mundo de coisas e acontecimentos que os cerca. No entanto, é possível com um empenho radical da mente transformar essa atitude, não modificando a crença ingênua no mundo exterior em descrença, mas suspendendo a crença. O que se faz é impedir a mente de realizar julgamentos relacionados à existência espacial e temporal, põe-se a existência do mundo fora de ação, coloca-se a crença nela entre parênteses. Ao utilizar essa estratégia, que foi denominada de '*epoché*', não somente colocam-se entre parênteses todos os julgamentos do senso comum da vida cotidiana das pessoas sobre o mundo exterior, mas também todas as proposições das Ciências Naturais que, do mesmo modo, lidam com as realidades desse mundo do ponto de vista natural (SCHUTZ, 2012).

Assim, o que resta é o conjunto concreto da corrente de experiência da pessoa, com todas as suas percepções, reflexões, enfim, suas cogitações. E, como essas cogitações permanecem sendo intencionais, seus objetos intencionais da mesma forma persistem entre parênteses. Eles constituem aparências, fenômenos e, como tais, mais unidades ou 'significados'. Por conseguinte, o método da redução fenomenológica possibilita ter acesso à corrente de consciência em si, como um reino próprio, de natureza definitivamente singular (SCHUTZ, 2012).

Segundo Schutz (2012), no que diz respeito às experiências vivenciadas pelos indivíduos, nem todas são significativas. Quando as pessoas apenas vivem momento a momento, sem um ato de atenção reflexiva, só encontram experiências indiferenciadas que se dissolvem umas com as outras em um fluxo contínuo. Todavia, quando através de um ato de reflexão os sujeitos voltam sua atenção para

a experiência de viver, as experiências tornam-se delimitadas e são apreendidas. Isto é essencial quando se fala em experiência significativa, pois esta, conforme foi conceituada, sempre pressupõe que a experiência cujo significado é predicado é uma experiência delimitada.

As experiências delimitadas existem unicamente no enfoque retrospectivo. Somente o que já foi vivenciado é significativo, e não aquilo que está sendo vivenciado, uma vez que o significado é simplesmente uma operação de intencionalidade, a qual, contudo, só se torna possível reflexivamente. Sob o olhar da experiência que está se passando, a predicação de significado é, fundamentalmente, trivial, já que o significado é entendido aqui como uma visão atenta direcionada não à experiência que está acontecendo, mas à experiência já passada (SCHUTZ, 2012).

Partindo dos conceitos elementares da fenomenologia de Husserl e dos estudos da sociologia compreensiva de Max Weber, segundo Minayo (2014), Alfred Schutz criou sua teoria e seu método para o enfoque da realidade social. As características da sociologia fenomenológica são: a) uma crítica radical ao objetivismo da ciência e proposta da subjetividade como fundante do sentido; b) dá importância à subjetividade como sendo constitutiva do social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; e c) constitui a descrição fenomenológica como tarefa principal da Sociologia.

Schutz trabalha com a fenomenologia da vida cotidiana, com o fato de que as pessoas se situam em meio a suas angústias e preocupações, em intersubjetividade com seus semelhantes, e isso compõe a existência social. São privilegiados nessa teoria o tempo presente e a relação face a face (MINAYO, 2014).

Para Minayo (2014), os conhecimentos adquiridos a partir da compreensão da realidade social são divididos por Schutz em três categorias: a) o vivido e o experimentado no cotidiano; b) a epistemologia que investiga esse mundo vivido; e c) o método científico para proceder à investigação.

No primeiro nível, o mundo social apresenta-se aos indivíduos como o mundo da cotidianidade, que é vivenciado pelos seres humanos em 'atitude natural' e aceito por eles (MINAYO, 2014). Para a atitude natural, o mundo não é o mundo particular da pessoa, mas um mundo intersubjetivo, comum a todos os homens, no qual não se tem um interesse teórico, e sim prático (SCHUTZ, 2012). Nesse sentido, de acordo com Schutz, os indivíduos não têm o hábito de questionar as coisas e os

fatos, apenas vivem-nos como estruturas significativas que conferem sentido a sua existência (MINAYO, 2014).

Conforme mencionado na introdução deste estudo, um indivíduo se encontra em uma situação biograficamente determinada e dispõe de seu estoque de conhecimento. Neste momento cabe destacar do que se trata esse estoque de conhecimento. Na vida diária, o homem encontra, a qualquer momento, um estoque de conhecimento à sua disposição, que lhe serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes, e também determina sua antecipação das coisas que virão (SCHUTZ, 2012).

Segundo Schutz (2012), o estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo, modifica-se de um momento para o outro, em relação ao tamanho e à estrutura, pois qualquer experiência posterior o aumenta e o enriquece. Além disso, ele não é homogêneo. Apenas uma de suas partes, relativamente pequena, é clara, distinta e consistente em si mesma. Algumas regiões que circundam essa parte são imprecisas, obscuras e ambíguas. São dadas como sendo crenças cegas, suposições rasas, meras adivinhações, regiões nas quais o que o indivíduo faz é simplesmente acreditar. Ainda há outras regiões que são completamente ignoradas pelo indivíduo.

Schutz destaca que as pessoas têm seus semelhantes, podendo ser de estratos de diferentes características, como predecessores, sucessores, contemporâneos e associados ou consócios.

O predecessor de um indivíduo é definido como uma pessoa no passado cujas experiências não coincidem no tempo com as próprias experiências do indivíduo. O conhecimento que se tem sobre um predecessor foi originado a partir das informações de outras pessoas. O mundo dos predecessores é um mundo já pronto e acabado, sobre o qual o indivíduo não pode atuar e influenciar, mas cujas ações passadas e seus resultados estão abertos a sua interpretação e podem influenciar sobre suas ações (SCHUTZ, 2015).

Um sucessor é alguém que viverá depois da morte do indivíduo e que durante a sua vida segue sendo anônimo. A categoria dos sucessores ocupa uma perspectiva fantasmagórica. Embora o indivíduo possa orientar suas ações em direção a eles, eles são, em princípio, desconhecíveis (SCHUTZ, 2015). O mundo dos sucessores pode ser antecipado de maneira abstrata, porém não pode ser apresentado em detalhes. Ele não pode ser projetado ou planejado, pois uma

pessoa não tem controle sobre os fatores desconhecidos que atuarão entre o momento de sua morte e o possível desenvolvimento do plano (SCHUTZ, 2012).

Um contemporâneo é alguém que vive no mesmo tempo que o indivíduo, mas que não é experienciado imediatamente. Esse tipo de conhecimento é sempre indireto e impessoal. Já um associado ou consócio é um contemporâneo com quem o indivíduo também compartilha uma relação face a face. Dessa forma, um contemporâneo pode ter sido antes um associado ou pode vir a sê-lo, mas isso não altera seu *status* atual (SCHUTZ, 2012, 2015).

A 'relação face a face' ou situação face a face, para Schutz (2012), é um termo utilizado para definir pessoas que estão ao alcance da experiência direta umas das outras. Isso ocorre quando elas compartilham uma comunidade espacial e temporal.

Uma pessoa compartilha uma comunidade espacial com outra quando um determinado setor do mundo externo está igualmente ao alcance de ambas e contém objetos de interesse e significado que lhes são comuns. Para cada pessoa, o corpo da outra, seus gestos, seu comportamento e suas expressões faciais são imediatamente observáveis, não somente como coisas ou acontecimentos no mundo externo, mas como sintomas dos pensamentos da outra (SCHUTZ, 2015).

Elas compartilham uma comunidade temporal quando cada uma intervém na vida em curso da outra e pode captar no presente os pensamentos da outra como esta os constrói, passo a passo. Assim sendo, cada uma compartilha as antecipações do futuro da outra, tais como planos, esperanças ou ansiedades. Elas envelhecem juntas; vivem em uma 'relação-do-Nós pura' (SCHUTZ, 2015).

A relação-do-Nós pura é a forma recíproca da 'orientação-pelo-Tu', que se trata da consciência pura quanto à presença da outra pessoa. Em uma situação face a face, sempre quando um indivíduo se encontra com outro ele traz consigo todo o seu estoque de conhecimento previamente constituído, que inclui o conhecimento geral sobre o que o outro indivíduo é enquanto tal e qualquer especificidade que ele possa saber sobre essa pessoa. Isso inclui o conhecimento de seus esquemas interpretativos, seus hábitos e sua linguagem. Além disso, abarca o conhecimento dos seus 'motivos com a finalidade de' e 'motivos porque' tomados como evidentes das pessoas em geral e dessa em particular (SCHUTZ, 2012).

Tais motivos referem-se ao modo como as ações humanas podem ser interpretadas. Os motivos com a finalidade de ou motivos para estão relacionados ao futuro, ao que foi projetado por uma pessoa, isto é, ao estado de coisas

imaginado a ser realizado pela ação futura, são motivações dirigidas para a obtenção de metas. E os motivos porque são aqueles que se referem às experiências passadas, que determinaram os modos de agir (SCHUTZ, 2012).

Em relação a essa questão de conhecimento dos motivos, ressalta-se que o próprio comportamento de um indivíduo em relação ao outro é baseado em primeira instância sobre uma constelação de motivos não questionados, a despeito de serem ou não reais motivos. É nesse ponto que está a peculiaridade da interação face a face. Ela não consiste em uma estrutura específica do contexto de motivações recíprocas em si mesmo, mas uma descoberta dos motivos da outra pessoa. Mesmo nas interações face a face, uma pessoa projeta apenas na fantasia o comportamento da outra pessoa enquanto planeja sua própria ação. Essa fantasia diz respeito somente ao comportamento esperado por parte da outra, sem os detalhes que serão preenchidos e ainda sem qualquer confirmação. Mas porque as duas pessoas passam por modificações de atenção uma com respeito a outra na relação-do-Nós podendo realmente vivenciar a constituição de seus contextos motivacionais e participarem deles. Assim, quando um indivíduo está face a face com alguém, seu conhecimento a respeito do outro aumenta a cada instante (SCHUTZ, 2012).

Na relação-do-Nós pura, enquanto um indivíduo A olha para outro indivíduo percebe que esse outro está orientado para ele, que está buscando o significado subjetivo das suas palavras, das suas ações e daquilo que passa na sua mente e que pode ser do interesse dele. O indivíduo A, por sua vez, levará em consideração que o outro está orientado para ele, e isso influenciará tanto em suas intenções em relação ao outro quanto no modo como age em relação ao outro (SCHUTZ, 2012).

Todavia, a relação-do-Nós pura não é apreendida reflexivamente dentro da própria situação face a face. Não é uma relação que está sendo observada, mas vivida. Para que um indivíduo se torne consciente dela é preciso que ele se retire e a examine. O sujeito que ainda participa dessa relação não a experiencia em sua forma pura, isto é, tendo a plena consciência de que a outra pessoa está ali. Ela apenas vive dentro da relação-do-Nós na plenitude de seu conteúdo concreto (SCHUTZ, 2012).

Outro aspecto da relação-do-Nós pura é que ela pode ser preenchida com uma variedade de conteúdos que apresentam diferentes graus de imediatismo, intensidade e intimidade. Além disso, um indivíduo pode ser experienciado por outro a partir de diferentes pontos de vista, estando no centro das atenções ou na periferia. São todas essas distinções que determinam em cada relação de

orientação e interação social o quão diretamente os parceiros conhecem uns aos outros (SCHUTZ, 2012).

Schutz (2012) também descreve o conceito de 'observação social direta'. Diferentemente das relações face a face em que a orientação-pelo-Tu é recíproca entre os dois parceiros, na observação social direta ela é unilateral. Assim, um indivíduo observa o comportamento de outro, de modo que este não sabe que está sendo observado ou não está prestando atenção a isso.

O observador pode ter sua própria percepção em relação ao corpo do outro, que é um campo de expressão de uma vida interior. Ele considera os movimentos vistos, as palavras ouvidas, e assim por diante, como evidências. Ao fazer isso, ele direciona sua atenção para os contextos de significado subjetivos das indicações que percebe, e não para os contextos objetivos. Portanto, enquanto observador direto, ele pode apreender as manifestações externas e os processos nos quais são constituídas as experiências conscientes que lhe são subjacentes. Isso é possível porque as experiências vividas em relação ao outro ocorrem simultaneamente as suas próprias interpretações objetivas de palavras e gestos do outro (SCHUTZ, 2012).

Cada experiência adicional do observador em relação à outra pessoa amplia seu conhecimento desta. Porém, segundo Schutz (2012), em qualquer observação direta, a interpretação de um indivíduo sobre o comportamento de outro não pode ser verificada confrontando-a com a própria autointerpretação do outro e quanto mais distante da relação-do-Nós concreta estiver a interpretação, menor será a probabilidade de alcançar o objetivo.

Na tentativa de interpretar os motivos da pessoa que observa o observador pode utilizar três abordagens indiretas. Uma delas é procurar em sua memória por ações similares e, ao encontrar, formular a partir delas um princípio geral referente à relação entre os motivos com-a-finalidade-de e os motivos porque. Ele pode, então, assumir que esse princípio é válido para as ações da outra assim como o é para ele, podendo, desse modo, interpretar as ações da outra pessoa colocando-se no lugar dela. A segunda abordagem utilizada pelo observador para atribuir motivos na ausência de um princípio geral é recorrer ao seu próprio conhecimento sobre o comportamento habitual da pessoa observada e, a partir disso, deduzir seus motivos com-a-finalidade-de e os motivos porque. E a terceira abordagem é inferir os motivos com-a-finalidade-de do ato se questionando se tal ou qual motivo poderia ensejar o ato em questão. Enquanto observa a ação em curso, ele deve interpretá-la

em termos do efeito que ela realmente produz e assumir que o efeito foi aquele pretendido (SCHUTZ, 2012).

Destaca-se que facilmente uma observação social direta pode ser convertida em uma relação face a face, de modo que o papel de observador passa a ser substituído pelo de um participante. Dessa forma, para Schutz (2012), quando se começa a fazer perguntas para a pessoa observada deixa-se de ser um mero observador. A observação direta de uma relação social é, certamente, mais complicada do que a observação de um comportamento individual. Todavia, elas não diferem em princípio.

Para Schutz, o mundo cotidiano é interpretado em termos de 'tipificações' dos atores sociais, de seus padrões de cursos de ação, de seus motivos e objetivos ou dos produtos socioculturais que geraram suas ações, e expressam seus sistemas de relevâncias ao classificar a realidade (MINAYO, 2014; SCHUTZ, 2012).

A tipificação ou o 'típico da ação' é um conceito-chave de Schutz. Trata-se de um processo pelo qual é possível compreender a ação social, a partir da descrição dos esquemas de interpretação apreendidos e utilizados pelos atores sociais para entender o significado do que estão fazendo, fazem ou fizeram (SOUZA, 2012).

Conforme Souza (2012), os atores sociais definem seus propósitos práticos conforme as situações biográficas determinadas, que, por sua vez, referem-se ao estoque de conhecimento como conjunto de habilidades, receitas, modelos de ação. E daí as tipificações. Schutz chama de tipificações o conjunto de estratégias que os atores sociais desenvolvem para lidar com homens e coisas em suas experiências no cotidiano. São como receitas que congregam características gerais e homogêneas para certas situações, coisas e contextos. No mundo da vida existem várias formas de tipificar, como no nomear, referindo-se ao vocabulário e à sintaxe da linguagem cotidiana; nas instituições que tipificam ações, pessoas, contextos, procedimentos, comportamentos corporais etc.; ou na individualidade, pois a construção do *self* é uma autotipificação.

A soma total dessas várias tipificações compõe um quadro de referências no qual o mundo sociocultural e físico é interpretado, sendo suficientemente articulado e transparente para ser usado na resolução da maior parte dos problemas práticos. Este quadro é parte da herança social, sendo transmitido aos membros do grupo pelo processo educacional (SCHUTZ, 2012).

De acordo com Schutz (2012), um sistema de relevâncias e tipificações existe em qualquer momento histórico e possui as seguintes funções:

1. Determinar quais fatos ou eventos devem ser tratados como tipicamente iguais (homogêneos) com a finalidade de solucionar de forma típica problemas típicos que surgem ou podem surgir em situações tipificadas de maneira igual (homogênea);
2. Transformar situações individuais únicas de seres humanos únicos em funções típicas de papéis sociais típicos, que têm origem em motivos típicos que visam realizar fins típicos. Destarte, o grupo espera que alguém encarregado de um determinado papel social aja de acordo com o que é típico desse papel. Todavia, como qualquer papel implica em uma autotipificação por parte daquele que dele é incumbido, o ator ao desempenhar seu papel tipifica a si mesmo, decidindo agir segundo o modo típico definido pelo papel social que assumiu;
3. Funcionar como um esquema de interpretação e orientação para cada membro do grupo interno. Todo mundo que age de uma maneira típica aceita socialmente é supostamente motivado pelos motivos típicos pertinentes e deseja realizar um estado de coisas típico pertinente. Nessa perspectiva, o indivíduo tem uma chance razoável de, ao agir, promover um estado de harmonia com todos os que aceitam o mesmo sistema de relevâncias e assumem suas tipificações como autoevidentes;
4. Aumentar as chances de sucesso de uma interação humana se o esquema de tipificação for padronizado e se o sistema de relevâncias pertinente for institucionalizado. Os diversos meios de controle social, tais como costumes, moral, legislação, regras e rituais, servem a esse propósito;
5. Ser o terreno comum de origem das estruturas de tipificação e relevância privadas. Isso ocorre porque a situação privada do indivíduo tal como definida por ele é sempre uma situação dentro de um grupo, seus interesses são interesses com referência àqueles do grupo, seus problemas particulares existem tendo como contexto mais amplo os problemas do grupo. Destaca-se que seu sistema privado de domínios de relevância pode ser em si mesmo inconsistente; assim como pode ser incompatível com aquele que é socialmente aprovado.



Em pesquisas que utilizam a abordagem da sociologia fenomenológica, para a construção do típico da ação/tipificação de uma dada ação, ou seja, quando se quer descrever como os atores sociais costumam agir perante um fenômeno investigado, é necessário, primeiro, compreender os significados individuais das suas motivações (ZEFERINO; CARRARO, 2013; JESUS *et al.*, 2013; CAMATTA; WETZEL; SCHNEIDER, 2012).

Nesse momento, entende-se que é importante discorrer um pouco sobre a ação e os projetos de ação descritos na obra de Schutz, antes de retomar sobre a tipificação em pesquisas.

O termo ação refere-se à conduta humana como um processo em curso concebido de antemão pelo ator, ou seja, uma conduta baseada em um projeto preconcebido. Após ser realizada, a ação é denominada de ato (SCHUTZ, 2012, 2015).

Projetar uma ação consiste em prever a conduta futura pela imaginação; no entanto, não é o processo da ação em curso, mas o ato que se imagina já realizado que constitui o ponto de partida para qualquer projeção. O ator deve visualizar o estado de coisas a ser realizado pela sua ação futura antes de poder definir os passos específicos de tal ação futura, que resultará nesse estado de coisas. Dessa forma, ele se coloca imaginariamente em um tempo futuro, quando essa ação já tiver sido realizada. Só então será capaz de reconstruir na imaginação cada um dos passos que terão que ser dados para produzir este ato futuro. Portanto, seguindo a terminologia de Schutz (2012, 2015), o projeto não prevê a ação futura, mas o ato futuro.

Assim, é o projeto que estabelece o começo e o fim da ação, que dá o escopo da ação, pois com ele os eventos são antecipados. O ator social planeja suas ações a partir de idealizações, com o pressuposto de que, em situações tipicamente semelhantes, pode-se atuar de uma maneira tipicamente semelhante à agida antes para produzir um estado tipicamente similar, expressando confiança na estrutura básica do mundo da vida cotidiana. Isto dá sustentação ao mundo (SOUZA, 2012).

Contudo, essa perspectiva temporal do projeto tem consequências importantes. O ator social carrega seu horizonte de antecipações vazias, a suposição de que o ato proposto ocorrerá de maneira tipicamente semelhante a todos os atos passados tipicamente similares que ele conhece no momento da elaboração do projeto. Este conhecimento é um elemento puramente subjetivo, visto que o conhecimento à mão no momento da elaboração do projeto deve diferir do

conhecimento à mão depois de se ter efetuado o ato projetado. Nesse momento novo o ator terá envelhecido e, se nada mais tiver mudado, ao menos as experiências que teve enquanto levava a cabo o seu projeto modificaram suas circunstâncias biográficas e expandiram seu acervo de experiência (SCHUTZ, 2012, 2015).

Assim, a ação repetida será mais do que uma mera re-efetivação. A primeira ação, A', começou dentro de um conjunto de circunstâncias C' e produziu o estado de coisas S'; a ação repetida, A'', começa em um conjunto de circunstâncias C'' e se espera produzir o estado de coisas S''. Inevitavelmente, C'' difere de C' porque a experiência que A' conseguiu produzir S' pertence ao estoque de conhecimento do ator que faz parte de C'', enquanto que o seu acervo de conhecimento que forma parte de C' pertencia unicamente à antecipação vazia de que tal coisa iria acontecer. Da mesma forma, S'' diferiria de S' como A'' de A'. Isso ocorre porque C', C'', A', A'', S' e S'' são eventos únicos e irreversíveis. No entanto, exatamente aquelas características que as tornam únicas e irreversíveis no sentido estrito são eliminadas – para o pensamento de sentido comum do ator – por não serem significativas para o seu propósito. Quando ele faz a idealização de que pode fazer isso de novo, só estava interessado na tipicidade de A, C e S, sem apóstrofes. A construção consiste, figurativamente falando, em excluir os apóstrofes por não serem significativos, o que, aliás, é característico das tipificações (SCHUTZ, 2015).

Este ponto é especialmente importante para analisar o conceito de ação racional. Nas ações habituais e rotineiras da vida diária todas as pessoas aplicam a construção acima descrita, seguindo receitas e regras empíricas, com frequência, unindo meios e fins sem um conhecimento claro sobre suas conexões reais. As pessoas constroem um mundo de fatos supostamente ligados contendo exclusivamente elementos que são considerados relevantes para seus propósitos (SCHUTZ, 2015).

Retomando a tipificação, Schutz destaca que na investigação fenomenológica sociológica as informações coletadas em campo pelos pesquisadores já vêm interpretadas pelos atores sociais que eles desejam compreender, uma vez que a realidade social possui significado para os que vivem nela. Essa interpretação se dá através de conhecimentos do senso comum (construtos de primeiro nível ou potência) e mesmo que se tenham ideias vagas, fragmentadas e com emoção são consideradas preciosas pelos pesquisadores sociais (MINAYO, 2014).

A partir dos construtos de primeiro nível, os pesquisadores elaboram os construtos científicos formados no segundo nível, de acordo com regras procedimentais válidas para o conhecimento científico, são construtos típico-ideais objetivos. Desse modo, são de um tipo diferente dos elaborados no primeiro nível pelo senso comum ao qual eles se sobrepuseram. São sistemas teóricos (SCHUTZ, 2012).

Schutz não interroga se o senso comum é superior ou inferior à construção científica porque a intenção do pesquisador social é revelar os significados subjetivos implícitos que circundam o universo das pessoas estudadas, de maneira mais profunda (MINAYO, 2014). Conforme esse pensador, a partir do mundo da vida cotidiana o investigador construirá modelos distintos do senso comum partindo de três postulados: o da consistência lógica, o da interpretação subjetiva e o da adequação. O primeiro postulado diz respeito aos princípios científicos para garantir a validade objetiva dos modelos construídos. Os construtos típicos desenhados pelo pesquisador devem ter conceitos claros e estar compatível com os princípios da lógica formal (SCHUTZ, 2012).

O postulado da interpretação subjetiva relaciona-se com a significação subjetiva das ações humanas. O pesquisador faz questionamentos sobre qual modelo de uma mente individual deve ser construído e quais características típicas podem ser atribuídas a ela, possibilitando a explicação dos fatos observados como o resultado da atividade de tal mente em uma relação compreensível (SCHUTZ, 2012).

O postulado da adequação garante que os construtos do cientista social sejam compatíveis com os construtos da experiência prática da realidade social. Nessa linha de pensamento, seu ponto central é que a descrição do típico da ação é compreensível para o próprio ator da ação, bem como para os seus semelhantes, em termos da interpretação prática da vida cotidiana (SCHUTZ, 2012). Para cumprir este postulado, as descrições dos participantes do estudo devem ser interpretadas e, após a elaboração dos construtos de segundo grau, deve-se retornar aos participantes, perguntando-lhes se as construções de segundo grau são compatíveis com as suas falas. Desse modo, pode-se ter clareza de que se foram captadas as essências, qualificando o método (ZEFERINO; CARRARO, 2013; CAMATTA, 2010).

## 5 O TRILHAR METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem da sociologia fenomenológica. Optou-se pela natureza qualitativa por ela se aprofundar em aspectos da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem acerca de como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

A fenomenologia é considerada, dentro das Ciências Sociais, como a ‘Sociologia da Vida Cotidiana’. O representante mais expressivo dessa corrente de pensamento é Alfred Schutz. Apesar das elaborações desse pensador terem influências nas bases sociológicas de Max Weber, é no conhecimento da filosofia de Edmund Husserl que busca fundamentação metodológica (MINAYO, 2014).

A sociologia fenomenológica busca escutar os sujeitos, levando em conta suas subjetividades, na tentativa de revelar a essência do fenômeno. A utilização desse referencial teórico-metodológico nas investigações na área da saúde mental se faz muito pertinente, pois tanto nessa área da saúde quanto nesse referencial se quer dar voz aos sujeitos, considerando suas singularidades, desejos e subjetividades. É necessário voltar-se para os atores sociais com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as suas vivências no mundo da vida cotidiana, que é um mundo intersubjetivo, compartilhado entre os semelhantes (NASI; SCHNEIDER, 2011).

O olhar da sociologia fenomenológica permite um compartilhar de experiências e vivências, percebendo o outro como um sujeito, na sua essência, vida e relações. Compreender o outro nessa perspectiva, considerando sua dimensão humana e social no mundo da vida, possibilita à Enfermagem pensar, projetar e agir nas ações do cuidar que condizem para as necessidades de seu contexto vivencial que vão ao encontro dos desejos dos usuários e seus familiares (VIEIRA *et al.*, 2013).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos, em Santa Catarina, que se configura como unidade de internação de

peças com diferentes sofrimentos psíquicos, inclusive, devido ao uso de substâncias psicoativas. A escolha desse cenário se deu porque o serviço atende populações residentes no meio rural.

O município de Palmitos está situado na microrregião de Chapecó e na mesorregião do oeste catarinense, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Mapa do estado de Santa Catarina com destaque para o município de Palmitos. Em mapa menor, a localização do estado de Santa Catarina no Brasil



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com os dados históricos do município, Fernando Otto foi o primeiro habitante de Palmitos, chegando em 1921. Ele construiu um grande rancho e depois um casarão onde abrigava os compradores de terra vindos do Rio Grande do Sul, quase todos colonos descendentes de alemães e italianos. A povoação foi se desenvolvendo e era chamada de Cascalho. Ainda em 1921, tornou-se distrito subordinado ao município de Chapecó, com denominação de Henrique Rupp Júnior. Em 1938, o distrito passou a se chamar Passarinhos e, em 1947, foi denominado de Palmitos. Sua emancipação ocorreu em 2 de março de 1954 (IBGE, 2017).

Segundo o Censo do IBGE, realizado em 2010, o município possui uma população de 16.020 pessoas, sendo 6.148 residentes no meio rural, e tem uma unidade territorial de 352,505 km<sup>2</sup>. Em sua economia destacam-se a bovinocultura

de leite, a produção de suínos e aves e a atividade agrícola voltada à produção de grãos, principalmente de milho, soja e feijão (IBGE, 2017).

Palmitos é sede da 29ª Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional (SDR), Secretaria de Estado vinculada ao Poder Executivo Estadual, estando vinculados a esta os municípios de Águas de Chapecó, Cunhataí, Caibi, Mondaí, Riqueza, Cunha Porã, São Carlos, além do próprio município sede.

O Hospital Regional de Palmitos resultou da incorporação de duas entidades: a Sociedade Hospitalar e Beneficente Divina Providência, fundada em 1953 por imigrantes italianos e católicos; e a Sociedade Assistencial e Hospitalar Palmitos, constituída em 1947 por imigrantes alemães e evangélicos (HOSPITAL REGIONAL DE PALMITOS, 2017).

Apesar das diferenças étnicas e culturais, as instituições eram semelhantes em sua estrutura funcional. No desanimador cenário da saúde da época, manter dois hospitais de pequeno porte tornou-se um desafio maior do que o enfrentado para concretizar a sua união. Assim, em agosto de 2007, com o objetivo de otimizar a estrutura física/funcional e recursos humanos disponíveis nas duas entidades, promovendo a estruturação de um único e sólido hospital de médio porte, foi oficializada a incorporação das duas instituições (HOSPITAL REGIONAL DE PALMITOS, 2017).

A nova entidade, então denominada Hospital Regional de Palmitos, regionalizou a saúde no município de Palmitos, dando suporte aos municípios circunvizinhos, em particular aos que compõem a 29ª SDR, atendendo nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e ortopédica. Além disso, tem uma unidade especializada em saúde mental que atende mais de cinquenta municípios da região oeste e extremo-oeste catarinense (HOSPITAL REGIONAL DE PALMITOS, 2017).

No Quadro 4 constam os municípios de procedência das pessoas que participaram deste estudo, que fazem parte dos municípios atendidos na Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos, com informações sobre o número de população total, população residente no meio rural e aspectos econômicos.

Quadro 4 – Municípios de procedência dos participantes do estudo, atendidos na Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos

Município	População total	População residente no meio rural	Aspectos econômicos
Dionísio Cerqueira	14.811	4.619	Destaca-se na agricultura e importação e exportação devido à sua localização próxima à fronteira com a Argentina.
Guarujá do Sul	4.908	2.254	A economia do município está baseada na agropecuária, destacando-se o milho, o feijão e o fumo. As propriedades rurais também servem para a criação de suínos e gado de corte e de leite.
Iporã do Oeste	8.409	4.286	As principais atividades econômicas são agrícolas, com destaque para a agricultura familiar. Planta-se arroz, aveia, feijão, milho, soja e trigo. Na criação, a população dedica-se à piscicultura, à suinocultura, à bovinocultura de leite e à avicultura em larga escala.
Nova Erechim	4.275	1.063	Destaca-se na agropecuária, indústria e comércio. Na agricultura predomina o cultivo de milho, soja, trigo, feijão e fumo. Na pecuária, as atividades desenvolvidas são a bovinocultura de leite e de corte, a suinocultura, a avicultura e a piscicultura. A indústria baseia-se nos setores madeireiro, têxtil, alimentício e gráfico.
Riqueza	4.838	2.684	A agropecuária é sua principal fonte de renda. Planta-se fumo, milho, feijão, soja e trigo. Destacam-se as criações de aves, suínos e de gado de corte e leite. A atividade industrial se desenvolveu nos setores moveleiro, têxtil, alimentício e metalúrgico.
São Carlos	10.291	3.389	Sua renda gira em torno da agropecuária. O maior rendimento provém da suinocultura. Produz aves, bovinocultura de corte e de leite, ovelhas e caprinos, além de cultivar grãos. Ainda, voltou-se para o turismo, justificado pelo potencial das águas termais. Na área industrial, é grande produtor do setor de corte e costura, abrigando empresas de renome nacional e internacional de materiais esportivos, moda masculina e jovem. Possui empresas nas áreas moveleira, metalúrgica, tintas, iogurte e derivados de leite.
São José do Cedro	13.684	5.235	Destaca-se no setor industrial. Conta com indústrias nos setores de implementos agrícolas, laticínios, serrarias, beneficiamento de madeira, mobiliários, metalúrgicas, malharias e produtos cerâmicos.
São Miguel do Oeste	36.306	4.241	Tem um parque industrial diversificado, os setores que mais se destacam é o metalmecânico, transportes, móveis e <i>softwares</i> . Possui muitos estabelecimentos industriais de pequeno porte. A construção civil e o comércio também são importantes fontes de renda. Ainda, destaca-se na agricultura e pecuária familiar. A região é utilizada para o plantio de milho, soja, feijão e fumo. Tem grande quantidade de granjas de frangos, criação de gado leiteiro e desenvolve atividades de suinocultura, piscicultura, apicultura e fruticultura.

Fonte: IBGE (2017); Prefeituras Municipais (2017).

A Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos foi inaugurada em 2002 e atende pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que estão com seus quadros clínicos graves. Conta com 25 leitos, sendo seis femininos e dezenove masculinos. São realizadas internações em regime integral pelo SUS, com duração máxima de trinta dias.

A equipe de trabalhadores tem uma composição multiprofissional e modo de funcionamento interdisciplinar. É formada por quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, uma psicóloga, uma médica psiquiatra, um médico clínico geral, uma assistente social e uma fisioterapeuta. O serviço ainda conta com algumas pessoas que fazem trabalho voluntário, como cabeleireira, artesã, participantes dos alcoólicos anônimos e lideranças religiosas. Também compõem a equipe de forma não fixa estagiários de cursos de graduação em enfermagem e psicologia.

O atendimento é realizado por meio de consultas individuais, grupos terapêuticos, grupos operativos, grupos de educação em saúde, oficinas de artesanato e jogos, atividade física (alongamento e caminhada) e atendimento aos familiares. Os usuários podem tomar chimarrão – bebida que faz parte da cultura local – e fumar tabaco em horários e locais predefinidos no serviço. Visitas familiares ocorrem duas vezes na semana.

A estrutura da unidade contempla quartos femininos e masculinos, cozinha, refeitório, salas para atendimentos individuais, posto de enfermagem, uma grande sala com sofás, televisão e fogão a lenha; dois pátios, campo de futebol, espaço coberto com churrasqueira, uma horta bem ampla e espaço para lavar e estender roupas.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Ao iniciar o relato sobre os participantes da pesquisa, considera-se importante destacar qual é o entendimento sobre o sujeito neste estudo em uma perspectiva da sociologia fenomenológica. De acordo com Costa (2014), o termo sujeito refere-se à pessoa em relação com o mundo. Trata-se de um ser que tem consciência e experiências únicas, a partir de seu relacionamento com outros seres que existem fora de si mesmo. Isto é, todas as pessoas são sujeitos em relação aos outros e às coisas existentes no mundo.

Segundo o referido autor, o sujeito tem uma dimensão biológica que lhe foi dada, seu corpo, que, ainda, organiza-se socialmente a partir das emoções sentidas



nos diferentes sistemas de relações. Nesse sentido, o corpo é também um histórico de relacionamentos do sujeito, composto por aspectos sociais e culturais, e cultiva emoções que contemplam as relações de sua realidade. Essa ótica de sujeito histórico-sociocultural remete a vários momentos da vida do sujeito, pois, ao pertencer a um espaço social, ele também está construindo sua condição existencial.

Assim, à medida que o sujeito se insere na sociedade, ele adiciona algo a sua história pessoal e constitui-se cada vez mais atuante e participante de sua subjetividade. Esta última caracteriza-se pela possibilidade do sujeito se expressar de várias formas, consolidando sua condição humana, por meio das experiências vividas, com seus significados e sentidos (COSTA, 2014).

Destarte, o sujeito é um conjunto de relações sociais. O convertimento das relações sociais em sujeito social se faz por meio da diferenciação e apropriação que ele realiza do que foi partilhado com os outros, tornando-se um ser particular, ao mesmo tempo que compartilha experiências comuns com os outros (COSTA, 2014).

Ainda para o referido autor, a subjetividade, então, é um processo de produção em que há múltiplos componentes, resultantes da apreensão que o ser humano realiza, a partir de elementos heterogêneos do contexto social. Dessa forma, valores, ideias e significados têm um registro singular, tornando-se matéria-prima para a expressão dos afetos vividos e base para as relações interpessoais e vínculos de redes psicossociais.

Segundo Costa (2014), o sujeito, a partir das relações vivenciadas no mundo, produz significações que lhe permitem singularizar os objetos coletivos. Portanto, a construção do sujeito se dá na relação com os grupos e redes sociais. Dentro desse cenário de múltiplas singularidades que se entrecruzam, o sujeito, ao realizar sua história, também realiza a dos outros, do mesmo modo em que é realizado por essa mesma história, sendo, por isso, produto e produtor da sociedade e participante ativo de seu tempo.

Partindo desse prisma, de que o ser humano é um ser social e histórico, que passa por mudanças e processos no decorrer do tempo, devido à cultura e às condições sociais (COSTA, 2014), no intuito de investigar a situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural, os participantes deste estudo foram constituídos de 15 familiares de usuários de álcool internados em uma unidade de saúde mental de hospital geral, residentes no meio rural.

A definição do número de participantes foi baseada em Gaskell (2015), que estabelece que há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer e possível de interpretar em pesquisas qualitativas. Este limite varia para cada pesquisador e está entre 15 e 25 entrevistas. Destarte, foi optado por entrevistar 15 familiares, visto que esse número foi o suficiente para atingir os objetivos do estudo.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram:

- Ter 18 anos ou mais;
- Conviver cotidianamente com o usuário de álcool;
- Ser considerado pelo usuário como familiar;
- Autodeclarar-se residente no meio rural;
- Acompanhar o usuário de álcool nas visitas de familiares durante a internação.

Os critérios de exclusão para participar da pesquisa foram:

- Familiar que não tivesse condições de verbalização;
- Familiar que se mostrasse abalado emocionalmente ao falar do tema.

#### 5.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro composto de dados de identificação e as seguintes questões abertas: “conte-me sobre suas experiências vividas como familiar de usuário de álcool” e “o que você espera com relação ao tratamento de seu familiar?” (APÊNDICE A).

Os familiares foram convidados a participar da pesquisa no momento das visitas familiares na internação. As entrevistas ocorreram durante o horário da visita em uma sala reservada dentro do hospital, sendo respeitada a disponibilidade dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e tiveram duração média de quarenta minutos, sendo posteriormente transcritas na íntegra.

#### 5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a análise das informações foram utilizados os passos elaborados e adaptados a partir de Schneider (2001), Tocantins (1993, 1997), Nasi (2011), Camatta (2010), Jesus *et al.* (2013) e Machineski (2011):

- 1) Leitura de cada fala sem qualquer tentativa de interpretação do que está expresso;
- 2) Releitura de cada uma das falas e identificação das afirmações que apresentem significados a partir da questão orientadora e dos objetivos do estudo;
- 3) Utilização de uma postura reflexiva perante as afirmações significativas nas falas, descrevendo as experiências vividas e as motivações dos participantes, agrupando fragmentos de falas que contenham expressões ou frases significativas semelhantes;
- 4) Construção das categorias concretas do vivido, chegando ao típico da ação dos familiares de usuários de álcool pesquisados;
- 5) Compreensão da situação biográfica e do típico da ação de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural, tendo como fundamentação a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz e a produção do conhecimento na área de modo a contextualizar a essência do fenômeno estudado.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitadas todas as exigências éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c). Inicialmente, o responsável pelo hospital cenário do estudo assinou o Termo de Concordância das Instituições Envolvidas e o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, obtendo aprovação conforme parecer número 1.169.083, de 4 de agosto de 2015 (ANEXO).

Os participantes foram esclarecidos a respeito do estudo. As elucidações incluíram: explicação detalhada sobre a pesquisa, com abrangência da natureza do estudo, do objetivo e da metodologia utilizada; informações quanto a não implicação em ônus e remuneração de qualquer espécie; a garantia de que seus nomes não seriam divulgados em momento algum e que seriam identificados pela letra F seguida de um número, resguardando, assim, o anonimato; a segurança em ter livre

acesso às informações e produto final; e o direito à participação voluntária e desistência em qualquer fase do estudo, sem danos à sua integridade.

Todas as dúvidas surgidas foram sanadas e, após o aceite em participar do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, de modo que uma ficou para o participante da pesquisa e a outra para a pesquisadora responsável. Também foi solicitada a assinatura dos sujeitos no documento de autorização para a gravação das entrevistas (APÊNDICE C). As gravações digitais e as transcrições foram arquivadas pela pesquisadora responsável e após cinco anos serão destruídas.

Ressalta-se que será entregue uma cópia dos resultados do estudo ao Hospital Regional de Palmitos e será feita uma devolutiva aos profissionais da saúde que atuam na Unidade de Saúde Mental.

## 6 RESULTADOS

Assim como todos os indivíduos que estão no mundo social, os familiares de usuários de álcool residentes no meio rural que participaram deste estudo se situam na vida de uma maneira específica, à luz do que Schutz chamou de situação biográfica. Na perspectiva de iniciar a compreensão da situação atual desses familiares, algumas de suas características foram apontadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Identificação dos participantes do estudo

Código	Idade	Grau escolar	Cidade de origem	Trabalho	Renda	Parentesco
F1	47	8ª Série	Nova Erechim	Aposentado. Planta mandioca e feijão e cria porco, galinha, gado, terneiro e vaca de leite para subsistência.	R\$ 5.000,00 por mês da aposentadoria dele e da esposa	Genro
F2	46	2º Grau completo	Iporã do Oeste	Trabalha em frigorífico abatedouro de frangos.	R\$ 900,00 por mês	Irmã
F3	37	2º Série	São Carlos	Pastor	R\$ 800,00 por mês, contando com o valor que recebe do Programa Bolsa Família.	Irmão
F4	56	4ª Série	São José do Cedro	Trabalha com vaca de leite.	R\$ 4.000,00 por mês	Mãe
F5	42	3ª Série	Palmitos	Trabalha na agricultura, com plantação de feijão e milho.	Não sabe informar.	Irmão
F6	57	Analfabeta	Palmitos	Aposentada. Planta mandioca, batata, feijão e milho e cria galinha e porco para subsistência.	R\$ 1.760,00 por mês da aposentadoria dela e do esposo	Irmã
F7	73	5ª Série	Palmitos	Dona de casa	R\$ 1.900,00 por mês da aposentadoria do esposo	Mãe
F8	70	8ª Série	Palmitos	Aposentado	R\$ 1.760,00 por mês da aposentadoria dele e da esposa	Avô
F9	58	4ª Série	Palmitos	Agricultura e vaca de leite	R\$ 4.000,00 por mês	Irmão
F10	38	4ª Série	Riqueza	Madeireiro e criador de gado	R\$ 5.000,00 por mês	Filho
F11	63	4ª Série	Dionísio Cerqueira	Aposentada. Trabalha com criação de terneiros. Mantém agricultura para subsistência.	R\$ 1.760,00 por mês da aposentadoria dela e do esposo, mais R\$ 7.000,00 por ano da venda de terneiros.	Mãe
F12	59	3ª Série	Palmitos	Cria vaca de leite e faz plantio de soja e milho.	R\$ 1.760,00 por mês	Mãe
F13	34	4ª Série	Guarujá do Sul	Cria vaca de leite.	R\$ 900,00 por mês.	Filha
F14	25	2º Grau completo	São Miguel do Oeste	Trabalha no escritório de um frigorífico.	R\$ 1.800,00 por mês	Filho
F15	62	3ª Série	Guarujá do Sul	Aposentado. Trabalha na agricultura, com plantação de milho, feijão e mandioca.	R\$ 880,00 por mês da aposentadoria e R\$ 12.000,00 por ano da venda dos produtos da lavoura.	Irmão

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Dos 15 familiares que participaram do estudo, oito eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. Suas idades variaram de 25 a 73 anos. Uma pessoa não era alfabetizada, as demais cursaram da 2ª série do Ensino Fundamental ao Ensino Médio completo. Todos residiam no meio rural de municípios de pequeno porte do estado de Santa Catarina, sendo que o menor tinha uma população de 4.275 habitantes e o maior 36.306 habitantes. A maioria dos familiares (dez), mesmo quem era aposentado, trabalhava com atividades provenientes da agricultura, com destaque para o plantio de milho, feijão, soja e mandioca, e da pecuária, com a produção de leite, criação de gado, suínos e aves. Quanto à renda familiar mensal, um familiar não soube informar, os demais responderam entre R\$ 800,00 e R\$ 5.000,00.

Participaram do estudo um genro, dois filhos, uma filha, um avô, quatro mães, duas irmãs e quatro irmãos de alcoolista. Todos os familiares referiram que conviviam cotidianamente com o alcoolista, sendo que quatro moravam na mesma casa que ele e sete residiam em casas próximas localizadas no mesmo terreno.

Ao narrarem suas experiências vividas como familiar de usuário de álcool, os indivíduos externaram sobre sua situação biográfica; no entanto, é importante ressaltar que essa situação é a do momento em que ocorreu a pesquisa, pois ela sofre mudanças de acordo com o contexto histórico, geográfico e sociocultural vivenciado, envolvendo a totalidade de experiências que uma pessoa constrói ao longo de sua existência. Observou-se a partir dos relatos dos familiares que sua situação biográfica era permeada pelas experiências sociais do mundo da vida cotidiana, que envolviam direta ou indiretamente o alcoolismo. Após falar a respeito das suas vivências, os familiares contaram sobre as expectativas e planos para o futuro em relação ao alcoolista.

A seguir serão apresentadas as cinco categorias concretas que emergiram das convergências por meio das falas dos participantes: 1) Aspectos culturais sobre o consumo de álcool no mundo social de familiares de alcoolistas; 2) A relação face a face entre o familiar e o alcoolista: sobrecarga, adoecimento e separação; 3) Motivos que levaram o familiar a cuidar do usuário de álcool; 4) Expectativas de que o familiar pare de fazer uso de álcool; 5) Projetos do familiar do alcoolista a serem executados após a alta hospitalar.

## 6.1 ASPECTOS CULTURAIS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL NO MUNDO SOCIAL DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS

Os familiares revelaram um histórico de longo tempo de uso de álcool na família, que não se limitava somente ao indivíduo que estava em tratamento na unidade de internação psiquiátrica, cenário deste estudo, no momento da entrevista. Todos verbalizaram sobre o consumo de bebidas alcoólicas e casos de alcoolismo envolvendo mães, pais, irmãos, tios e avôs. Foram mencionadas situações de internações psiquiátricas, doenças clínicas e falecimentos em decorrência do uso de álcool, além de referirem sobre um passado marcado pela própria dependência ou uso prejudicial dessa substância, delineando sua situação biográfica.

*Tudo eles são de família assim. Com 14 anos ele já tinha começado a beber. O pai dele morreu por causa da bebida. Os irmãos dele [...] tudo é alcoólatra. (F1)*

*Eu comecei com 14 e fui até os 24. Eu fiquei bastante doente, decidi deixar e nunca mais, faz quase 15 anos. [...] A mãe bebe faz uns vinte anos. O pai já faz bem mais, uns quarenta pra mais, eu era pequeno, tinha uns cinco anos, porque ele tinha bar. A mãe bebe bastante. Quase todo dia bebe pinga, o que vem. Até álcool desses de limpeza a mãe tomou esses dias. Ela toma vinagre. Esses dias até ela estava internada, deu AVC nela e quase foi. Também por causa da bebida. Só que continua de novo. (F3)*

*Na minha família todo mundo bebe. Meu marido bebe bastante [...]. Tudo é de família, na família do meu marido tudo eles são de beber, meu sogro morreu por causa de muita bebida. (F4)*

*Tenho outro irmão além dele que bebe, tios também bebem. (F5)*

*O finado pai bebia bastante também. (F6)*

*O irmão dele que teve que internar, ele deixou graças a Deus. O pai deles também é alcoólatra, foi internado. (F7)*

*Ele bebe desde os sete anos. Quantas vezes que a gente achava ele bêbado pequeno. E antigamente era bonito dar, só pra ver eles trambelhar. Eu sei porque o pai fazia assim. [...] Isso é de raça! Eu não, mas meu pai era alcoólatra e eu tenho dois filhos também. O mais velho, foi ele que encaminhou esse que está internado, que ajudou, mas ele também está precisando. Todo dia ele vem da roça, pega a moto e desce pra bodega. Mas isso aí tudo eles eram, e a família por parte da mulher também, é pior ainda. (F8)*

*Ficava o pai e o mudo [refere-se ao alcoolista internado], os dois bêbados. (F9)*

*Os irmãos dele quase todos, só tem um que não. Todos eles têm esse problema de álcool. O pai dele também bebia. (F10)*

*Um tio dele já morreu, era meu irmão. Ele teve um infarto, falam que foi por causa de tanta bebida. Ele bebia também desde novo, sempre bebia. Tenho outro irmão também que toma, quando ele toma fica bêbado até cair. (F11)*

*A mãe dela também tomava. [...] Meu pai também bebia [...] tinha alcoolismo, [...] era uma pessoa, bem dizer, perdida. (F13)*

*Meu tio, que é irmão dele, também bebe bastante. Há uns quatro anos nós tentamos internar ele e meu tio. (F14)*

Dentro desse contexto histórico de familiaridade com o alcoolismo, os participantes do estudo detalharam sobre a textura própria da vida com o familiar usuário de álcool atualmente, trazendo elementos significativos relacionados às suas vivências com relação ao uso de álcool. Um aspecto referido pelos familiares foi a convivência diária com o descontrole do alcoolista, que costumava tomar bebida alcoólica exageradamente desde o horário que acordava. Foram citados diversos tipos de bebidas, tais como cerveja, cachaça, vermute, cuba, vinho e uísque. Teve relato de usuário que na falta da bebida alcoólica chegava a tomar álcool etílico para uso doméstico e combustível de automóvel. Observou-se que a prioridade em consumir o álcool fazia com que os usuários tivessem comportamentos inconvenientes para obtê-lo e deixassem tudo de lado para manter o uso de álcool.

*Ele bebe uns 12 dias seguidos, não consegue parar. Ele bebe cachaça. Eu dizia pra ele: 'quer tomar, toma uma cervejinha'. Mas pra ele cerveja não adianta, tem que ser cachaça pura. Antes de vir pra cá ele ficou 15 dias tomando direto, conforme ele tomava, ele jogava pra trás da janela do quarto dele. Tem uma janelinha baixinha, ele jogava todos os litros secos ali. [...] Fomos juntar deu um saco de sessenta quilos bem cheio de litros. Ele tomava dois litros de dia e um de noite, ele toma de dia e de noite, não faz refeição, não toma banho, nada. (F1)*

*O que ele acha, ele toma. Álcool, aquele de litro, de cozinha, esses dias o pai foi viajar e quando voltou ele tinha tomado. Ele toma álcool até do carro. Ele instalou uma mangueirinha no carro dele do tanque para o volante. Ele ia sentar no carro escutando música e um dia minha irmã descobriu que ele estava tomando álcool do carro. Acho que quando ele chegava num ponto que já não achava mais outra coisa para tomar ele partia para o álcool do carro porque o pai escondia tudo. [...] se o pai pega às vezes um litro de vinho para ele, ele esconde no quarto dele. Tem que esconder porque ele procura. Não tem lugar que ele não ache e se não acha ele vai na casa dos outros, vai no posto de gasolina. (F2)*



*Já bebe de manhã cedo, na hora que levanta. Como é que uma pessoa vai trabalhar sem comer e com copo de cachaça. Ele ia tirar leite já levava a cerveja junto, dizia que não, mas a mãe conhece os filhos. Levava cerveja no trator e escondia no meio das máquinas. Dentro de casa não acha na geladeira, toma quente, faz mais mal ainda, toma quente porque se bota na geladeira a gente acha. Passa três dias só bebendo e sem comer. Ele tem a casinha bem pertinho de nós. [...] Quando bebe ele se fecha, não sai. Ele bebe em casa, só pega a caminhoneta pra buscar cerveja. (F4)*

*Ele bebe desde que ele era rapazinho novo. Com 17 anos ele já bebia, sempre tomava cerveja. Faz anos que ele bebe, agora já tem 58. [...] Ultimamente ele tomava mais vinho e vermute, mas ele bebe de tudo, bebe cachaça, qualquer tipo de bebida. (F5)*

*O pessoal do CAPS achou no meio das bananeiras, tinha litro de cachaça e um monte de garrafão de cinco litros. Tem uns quantos lá que eu vi. Bem no meio nas bananeiras tinha tipo uma cama que ele dormia, ele não dormia mais em casa. De uns tempos pra cá só vivia no mato e eu me apavorei, não comia mais, bebia só cachaça. (F6)*

*Ele bebe cerveja, uísque, cachaça. Ele começa a tomar de manhã quando ele levanta e quando é de tarde e de noite já está meio direto. (F7)*

*Ele consegue segurar um dia, no segundo dia ele já dá um jeito, é um dia, senão é direto. Ele bebe o que tiver. [...] e quando vem pra casa vem tortinho, se esfregando, se agarrando. (F8)*

*Ele pega a bebida no bar, dá três quilômetros. Ele vai a pé, ele foge. É complicado! Lá em casa fui pra cidade um dia, eu disse uma latinha de cerveja pode tomar, mais nada, ele fugiu, comprou um fardo de latão, daqueles de 473 ml e tomou um fardo de 12 latas. Enquanto não acabava ele não parava. É muito. (F9)*

*Ele acordava de manhã e ia pra bodega, vinha de madrugada. Tudo o que deixa tonto ele está bebendo. Ele se alimenta muito mal, só pensa em ir pra bodega e ir beber. Tem vez que dormia até 11 horas, em vez de ele acordar, fazer um chimarrão e arrumar um almoço, que ficasse ali por casa, não, ia pra bodega de novo. Era todo dia, a rotina dele era essa. Quando ele pegava dinheiro na cidade, ia receber, tinha vez que ficava, vinha embora no outro dia de manhã. (F10)*

*Ele bebe desde novo, já foi internado seis vezes. Bebe mais é cachaça, quatro, cinco litros por dia. A gente que é mãe mais corre atrás do bêbado do que trabalha. Ele saía de noite e eu tinha que sair atrás, meu marido saía atrás. Eram três horas da madrugada eu ouvia os gritos dele na rua. Eu levantava, pegava uma lanterna e se mandava atrás. Lá em casa eu tinha que chavear a porta e esconder a chave, às vezes ele levantava e queria que eu abrisse a casa, eu não queria abrir, [...] mas não tinha jeito, eu tinha que abrir, ele saía, às vezes ia lá pra minha mãe, eu ia atrás buscar. (F11)*

*Ela começa no vinho, com um copinho, depois dois, daí já vai o garrafão, mistura com Velho Barreiro, tudo o que tiver na frente, cerveja, [...]. Ela aguenta beber 15 dias, às vezes mais, vira dia e noite bêbada. Você chega lá ela está trancada dentro de casa, ela prega a porta, só sai quando a bebida terminou para buscar mais. Quando ela está dentro de casa está abastecido aquilo lá, quase que uma bodega, e quando terminou busca de novo. Fica dia e noite até ficar doente [...] De repente começa tudo de novo. É só melhorar bem que ela entra de novo. (F13)*

*Ele sempre bebeu um pouco, mas que ele começou a se perder faz uns dez anos. Ele deixava nós trabalhando na roça e ia pra cidade pra beber. Voltava tarde. Às vezes deixava até faltar comida em casa por causa do álcool. [...] Ele acordava cedo, seis horas da manhã já estava bebendo. O café dele era tomar cuba e era o dia inteiro tomando, direto. (F14)*

Outro aspecto ressaltado pelos familiares em suas entrevistas foi os efeitos causados pelo álcool no organismo e comportamento do usuário. Perceberam-se nas falas sentimentos de incômodo e preocupação dos familiares ao abordar sobre sinais e sintomas apresentados pelos alcoolistas, tais como problemas gástricos, perda do interesse pelo ambiente e pela própria aparência, inapetência, capacidade de julgamento prejudicada, confusão mental, ansiedade e alterações de sensopercepção. Os familiares referiram problemas emocionais e sociais causados pela dependência do álcool. Os alcoolistas ficavam depressivos, irritados e agressivos, constituindo riscos para si mesmos e para os outros.

*Ele começava a querer quebrar as coisas dentro de casa e se falava ele pulava na gente. Ele machucou minha irmã, ela se queixou bastante de dor nas costas, disse que ele bateu com o cabo da faca nela. Com a mãe ele é calmo. É difícil discutir com ela. Mas se ele bebe já muda. Ele começa a ficar agressivo. Se a pessoa insiste ele começa a querer ficar bravo, querer pular na pessoa, ele xinga, ele liga o som bem alto, ele fica meio agressivo se ele bebe. (F5)*

*Ele cada pouquinho ia na casa do meu irmão, todo mundo tem cachorro e os cachorros Deus o livre, né? E ele ia com o pau, quem que ia dormir. Daí meu irmão saía pra fora com foice, arriscando se matarem, a sorte que Deus me ajudou e os anjos da guarda porque o CAPS foi lá e buscou ele. [...] Era um perigo ele se enforcar, ele levou umas cordinhas pra minha filha que ia amarrar na perna e atar na cama, pra ela não sair de casa por causa dos bandidos, e eu também eu tinha que me atar. Dizia que eu não podia sair de casa senão iam me pegar. [...] de uns tempos pra cá ele não saía na estrada só pelos matos, correndo que nem louco, e tinha dias que ele aparecia com a roupa toda rasgada, dizia que as polícias estavam correndo atrás dele e não era ninguém, era bobagem da cabeça dele. (F6)*

*Do nada ele fica agredindo a gente, com agressão de boca. E ele também já estava se ausentando demais, ficando mais sozinho ou com amigos. Ficar ausente da família tem dias que meu Deus. Ele sai, quer ficar longe. [...] Nos últimos dias ele estava até querendo avançar na mãe e no pai. [...] Ele estava partindo pra um jeito agressivo que a gente não podia mais aguentar ele. Nos últimos dias ele apontou pra mim e o pai dele e falou que era pra nós morrer. Eu soube até que ele foi no bar e tinha uma roda de senhor de idade jogando carta, deu coice até neles. Num bar que também tem na comunidade, lá no terrão, tiraram ele pra fora. A gente fica com vergonha. Ele fica muito chato quando bebe. (F7)*

*Tem um senhor que sempre compra bebida e dá um trago pra ele. Um dia ele pulou nele porque ele não deu, ficou agressivo. [...] O problema dele é ser agressivo, beber e brigar. É o que ele faz. Dois dias antes de internar ele me pulou de faca. Ele bateu no pai e na mãe, se eu não estou lá podia ter acontecido alguma coisa. [...] Uns dois anos já ou mais brigou com o pai e a mãe, foi chamado polícia. Ele foi preso [...] meu cunhado tirou ele. Achou que ia achar um serviço pra ele que ia se ajeitar. Mas a gente já via que não ia e deu o que deu. (F3)*

*Ela morava no porão da minha casa, quando era bêbada era som a noite inteira com todo o volume até amanhecer o xote velho lá embaixo. [...] Ela vinha com uma faquinha e dizia que ia me degolar [...] Agora tu chega lá numa casa onde a pessoa é tua mãe e te atropela. Quando ela tá brava pode saltar e ir embora porque é até ruim ficar lá porque ela dá umas peledas com a gente, como é que vai ficar lá brigando dentro de uma casa. [...] Ela qualquer coisa queria brigar, tinham pessoas que vinham reclamar pra mim, ó tua mãe me fez isso, fez aquilo. (F13)*

*O bêbado todo mundo sabe, qualquer lugar faz xixi, vomita. Ele quando estava bêbado xingava, batia a porta alto de madrugada, quebrava as coisas. Ele já ficou sete dias sem tomar banho, é terrível. Fica deitado no quarto. Eu ia lá chamar, 'já vou, já vou', e chorava, lá deitado e tudo sujo, e dia e noite. Uma vez ele vinha comer, começava comer não conseguia voltava tudo do estômago. Nem tomar chimarrão, nem comer nada. Ele tem o problema de saúde dele, grita de dor no estômago, fica louco quase. Muitas vezes eu levei ele mal no hospital [...] A mulher que virava o bicho porque toda mulher tem o capricho com a casa, e ele anda com chinelo sujo, faz sujeira, coisa assim. (F1)*

*Depois que ele bebe, ele fica neutro. Ele se bebeu ali, se ele está no assoalho ele fica, se ele está no portão, ele fica; ele senta ali e não conversa, nem com o filho, nem com a mulher, nem com ninguém. Fica ali aonde ele está, não fala nada. Quando ele está bêbado não adianta nem ir lá, nem conversa não tem. (F15)*

*Quando ele está bêbado não dá pra mexer com ele, não dá nem pra falar com ele, é meio perigoso. Ele ameaça, já fala em facão, em espingarda, 'eu mato qualquer um', ele fala. Eu acho que ele mata. O padrasto dele ele ameaçou de morte. Ele foi lá armado. O padrasto se escondeu e ele deu um tiro para o ar, de certo a raiva dele. Veio a polícia. Ele não foi pra cadeia porque a mãe dele pegou um advogado. Então quando ele chega em casa a gente já nem mexe. Ele abre a porta, vai no banheiro, fica lá um tempão, volta, vai pra cama e a noite inteira é aquele barulhão incomodando, ele fica gemendo e vomitando. As paredes da minha casa são de madeira, passa aquele cheiro de pinga que não dá pra aguentar, não dá nem pra dormir. Eu disse pra ele: 'se você não se recuperar, eu não sei o que fazer, ninguém te quer e eu também não estou te querendo e tenho que te cuidar'. (F8)*

*O pai chegava em casa as duas, três horas da manhã bêbado, e ele e minha mãe já começavam a discutir. Ele brigava com ela, batia nela. Nós éramos pequenos, eu tinha 14 anos. Não tinha o que fazer. [...] Ele vive doente do estômago por causa da bebida, porque ele só bebe, bebe e não come. Uma duas, três vezes no mês ele tem que ir ao médico, chamamos o SAMU. (F14)*

*Ele vomitou no quarto, na cama, na roupa dele. É pura uma coisa verde. Mijava no chão no quarto, no roupeiro. Meu Deus, o colchão minha mãe queimou porque não dava mais para aguentar o cheiro. Quando vinha visita ela dizia 'eu tenho vergonha', não é pra vir mais ninguém porque tudo fedia. Ele não toma banho, vai dormir sujo, vai lá pra fora no barro em dia de chuva e daquele jeito de barro deita na cama. [...] Ele começou a entrar na casa dos outros, ficar violento. Ele ameaçou a minha irmã, falou que ele ia matar ela e o namorado dela. [...] Está difícil porque ele não escuta ninguém, fica delirando o tempo inteiro, mania de perseguição. Até a mãe tinha comprado banana, ele não comeu, jogou fora, disse que estava envenenada. Esses dias ele falou para o pai vender tudo e sair de lá porque a água estava envenenada. [...] Ele está em outro mundo. Não tem explicação, é bem difícil. (F2)*

*Com o pai ele fica bravo, quer pular no pai. Mas de uns tempos pra cá ele está bebendo e não está muito bravo mais, ele se entrega, fica ali triste, desanimado, tem medo do escuro. (F11)*

*Chegava em casa na sexta à noite, dali a pouco vinha ele bêbado, querendo brigar com nós. [...] Ele ameaçava de bater na mãe, em nós, a gente tentava acalmar ele e ele ficava mais bravo ainda. E como não conseguiram controlar ele, chamou a polícia, ele acalmou, foi dormir. [...] Sempre estava preocupado com a mãe porque a mãe dormia com ele, então a gente ficava sempre ligado, qualquer estalinho já estava com a cabeça em pé. [...] Até inclusive eu já tirei ele duas vezes que ele tinha se enforcado. [...] Ele via cobra, bichinho nas paredes, gente correndo atrás dele, mas não tinha nada disso. (F10)*

*Ele é agressivo, a madrasta teve até que sair de casa, ele jogava água nela, ameaçava com facão. Esses dias também ele quis me avançar com facão. Daí ele foi no galpão e pegou a corda pra se enforçar. (F9)*

*Ele vive nervoso, fica violento quando bebe, fica agitado, puxa tudo quanto é coisinha para discutir. Agora começou puxar briga com o pai dele. Isso que eu tenho medo. Ele é explosivo, agride com palavras, depois ele se arrepende, mas não vem pedir desculpas. No pai dele ele já bateu, ele não sabia nem quem que ele era mais. Foi por nada. Ele estava bêbado desde manhã já. Eu e meu marido chegamos em casa e eu falei: 'filho, você já fez o seu serviço?'. Ele disse 'não'. [...] ele não quis que o pai fosse ajudar [...] pegou uma barra de ferro e ia dar na cabeça dele. Ele conseguiu se defender, mas conseguiu porque ele estava bem bêbado, porque um de sessenta e poucos anos nunca que ia conseguir com um piá daquele. Eu chamei o meu piá mais novo que mora na cidade e quando ele veio, ele colocou nós dentro do carro e se mandou. Ficamos uns dias na casa dele. Ele não queria mais que o pai voltasse pra casa. O meu piá falou se ele acerta aquela barra de ferro no pai não tem mais volta. Mas ele não precisa de cadeia, ele precisa de tratamento. Mas ele mesmo pediu para se*

*internar, viu que estava errado. Só que não querem mais que os dois trabalhem juntos. Quem fez uma vez faz de novo. (F4)*

Observa-se nessas falas que os familiares compartilharam vivências sobre situações de comportamento suicida do usuário de álcool e agressividade verbal e física deste para com indivíduos da comunidade e pessoas as quais tem laços de parentesco, especialmente aquelas que são membros da família nuclear, com quem mantém um maior convívio. Foram externadas experiências sobre as ações tidas pelo alcoolista sob o efeito da bebida, envolvendo xingamentos, ameaça de agressões e morte, quebra de objetos em casa e brigas com tapas, faca, foice e até arma de fogo, que, por vezes, resultaram no acionamento da polícia. Os familiares demonstraram que essas situações podem envolver a violência psicológica e acarretar no sentimento de vergonha perante a comunidade e medo em relação ao seu familiar usuário de álcool.

## 6.2 A RELAÇÃO FACE A FACE ENTRE O FAMILIAR E O ALCOOLISTA: SOBRECARGA, ADOECIMENTO E SEPARAÇÃO

Durante as entrevistas, pôde-se notar que, para os participantes do estudo, a rotina de relação face a face com o familiar sob os efeitos do álcool ocasionava muitas adversidades. O fato de eles não contarem com outras pessoas para compartilhar o cuidado do alcoolista acarretava-lhes uma sobrecarga de aspectos objetivo e subjetivo.

O aspecto objetivo abrangeu acúmulo de responsabilidades, excesso de tarefas, por vezes assumindo atividades que eram funções do usuário de álcool; e gastos financeiros com ele, desde com alimentação e pagamento de conta de luz até custeio de consertos de carro batido e construção de casa. Os principais fatores relacionados à sobrecarga de aspecto subjetivo foram a constante tensão psicológica e a contínua preocupação, potencializada pelo medo do alcoolista sofrer ou provocar um acidente ou outro tipo de tragédia.

*Eu fiz uma casa, emprestei dinheiro no banco para conseguir fazer [...]. Eu internei ele porque não tem condições, a gente na lavoura não dá tanto dinheiro. No fim eu vou ter que acabar tirando da minha família, vender minhas coisas, para sustentar ele, não é assim também. [...] Tem que levar comida para ele, tem que lavar o pratinho dele, ele não faz nada. A roupa tem que lavar, tem que fazer tudo. Sustentar com roupa tudo. [...] Ele estava caminhando na hora de meio-dia esses dias. Estava há três quilômetros e meio, em uma outra vila, fui atrás de carro até que eu achei ele. Ele me*

*fugiu de meio-dia para ir beber. Ele não pode ficar sozinho, tem que ficar todo dia cuidando. [...] Eu que aposentei ele através da saúde, do CAPS. Quando ele morava com o pai eu que ia fazer os negócios para ele também. Pegava o salário dele, comprava comida, deixava tudo pago sempre. (F9)*

*No último dia que eu fui lá eu levei um montão de ovo, queijo, banha, um pedaço de carne, um litro de leite e dez pãezinhos. Eu disse: 'tu tem teu salário homem'. E eu não podia teimar muito porque ele tinha um pau, ele era bem ruim pra lutar. Mas aquilo me cortou dentro do coração. [...] Eu vim com o ônibus trazer as roupas pra ele, eu peguei as roupas do meu filho porque as dele Deus me livre. Fede dentro daquela casinha. Eu vou lá dar uma ajeitada. Tem cada toalha linda lá e não limpou nenhuma. Pode ser que se deixar três dias de molho e bater todo dia. Porque não tem como mandar uma toalha daquela. Na casa dele procuramos os talões de luz, porque eu queria pagar, senão já ia pra três, hoje já veio outro. Vão lá e cortam a luz dele! Não achamos. Fui ao banco ver se o salário dele estava lá. Eu mandei o homem olhar com a identidade que eu tenho dele. O homem olhou e falou está aqui dois salários, dia cinco já vão dar três. Ele perdeu o cartão, tem que fazer um novo. E os dois talões de luz eu já vim, peguei na CELESC e paguei. Eu vou ajudar ele. (F6)*

*Uns dias antes dele internar ele bateu o carro. A polícia fez bafômetro viu que ele estava bêbado e prendeu ele. Estava todo mundo revoltado que ele só bebia. O pai sempre dizia se tu está bêbado não é pra dirigir. E ele não admitia que ele bebia. E aí ficou provado que ele bebia mesmo. Ele entrou em uma casa, arrancou todas as grades e o muro. Aí saiu da cadeia, o delegado falou que três dias eles largam, ninguém pagou a fiança, ninguém ia pagar. Só que o homem está cobrando o pai ainda, ele quer 1.800,00, arreventou tudo, por pouco ele não foi parar dentro da piscina. [...] Ele levantava de madrugada e ficava zanzando pela casa, ligava TV ou ia pra rua, ele não tinha sossego. O pai tinha medo que ele fizesse uma besteira, porque ele ficava bem doidão, ninguém dormia. Tinha que ir sempre atrás, olhar onde está, voltar pra cama. Nos últimos dias, uma noite ele pegou o carro de madrugada e saiu, todo mundo ficou preocupado, já imaginando o carro numa carreta, dali a pouco ele voltou e os vizinhos falaram que ele tinha cachaça escondida lá atrás no mato, onde nós temos terras mais longe. (F2)*

*Ele está com bastante dívida e a gente tem que pagar as contas dele também. Ele estava sempre bêbado, os vendedores ofereciam coisas pras vacas, cercas, tudo ele ia comprando, dava cheque pré-datado e foi se afundando. Meu marido já pagou bastante, mas ainda não conseguimos pagar tudo. [...] Como é que a gente vai ficar sossegado se ele vai trabalhar bêbado? Já pensou se cai embaixo da máquina! Como é que tu dorme? Ele se mata e mata a gente junto! É muita preocupação! Eu tenho medo que ele caia e se machuque, se ele pega um trator é perigoso se machucar. Pra proteger ele eu digo vai deitar um pouquinho, a mãe vai fazendo. Não sei se eu faço certo, de repente faço errado. Mas é o jeito que eu arrumo de ajudar ele, digo vai descansar porque a gente tem trator, tem colheitadeira, se cai lá pra baixo, a gente sente esse medo. [...] Consigo conversar com ele, mas ele está sempre na anestesia, oito dias antes dele se internar, ele estava bem agressivo, eu já tinha tirado a chave da caminhoneta, com medo porque ele sai, vai que mata uma família inocente. Ele pediu a chave, falou: 'não me trata que nem criança'. Eu falei: 'então você se comporta que nem uma pessoa grande'. Mas ele já estava bravo, se discute já é motivo pra briga. É por isso que meu marido evita de falar com ele, só pra não brigar, porque se fala briga. [...] Ele bebe, fica agressivo, mas fico quieta, ele joga fora a raiva dele, depois que passou ele te abraça, te beija, vem arrependido, mas não pede desculpa. [...] quando ele bebe ele fica fora de si. Foi dia de sábado ele bebeu, nós fomos no meu filho na*

*cidade, posamos lá. Meu filho disse que ia lá ver como que ele estava, ele foi lá e ele estava na nossa casa, ele não deixou entrar lá, não deixou nem descer do carro. [...] Essas portas não têm segurança, ele dá um chute. Meu filho só deixou a gente voltar pra casa na terça, e daí da tua própria casa! (F4)*

*Quando ele bebe, ele começa vender o que tem em casa porque ele quer dinheiro. Ele quer vender produto que a gente tem em casa, feijão, cabeça de gado, porco, milho, qualquer coisa ele quer vender, o que dá dinheiro. (F5)*

*Ele recebe dois salários de aposentadoria e tem vez dele sair e no outro dia não ter nem um real no bolso, daí eu dava dinheiro pra ele comprar as coisinhas pra ele. [...] Ele é bastante esquecido. Eu que ajudo bastante ele nas continhas dele, os pagamentos, às vezes ele faz uma compra e esquece e vêm as cartinhas do Serasa. Eu ajudo ele, eu arrumo dinheiro. [...] A uns cem metros da minha casa é asfalto. É perigoso o asfalto. Aconteceu de ele entrar para o meio do asfalto, mandando os carros ir para o lado. Os carros todo mundo conhece ele, que é do interior, então desviavam dele. De grave não chegou acontecer nada. Mas ele chegou de cair já, estar bêbado e cair do barranco e quase. (F1)*

*Desde que está aí ele não trabalha. Quem está tratando ele somos nós e a mãe. A mãe está trazendo comida. Vai passando daí. [...] Eu tenho três meninas. Com as meninas e com a minha mulher ele é bastante maroto. E tu tem que estar cuidando. É de pensar de dar uns tapas nele, mas tem que ter a calma. Nunca aconteceu nada, só que tem que cuidar, no estado dele tem que cuidar. Ele é bem, bastante besteirento, tem que cuidar. (F3)*

*Quando está bêbado ele faz cavalinho de pau. Tu viu a cicatriz dele que ele caiu de moto. Ficou na UTI uma semana. Foi só porque estava bêbado. Ele me disse: 'nono, me empresta a moto que eu quero pescar'. Mas eu digo: 'vai pra casa dormir que tu está bêbado'. Ele pega a moto e chega alterando os miolos de todo mundo. Todo mundo tem raiva dele por causa disso, fica indo pra lá e pra cá bêbado. Mas eu disse pra ele: 'o nono não quer emprestar a moto, vai pra casa dormir'. Foi lá pegou a moto. Quem viu diz que ele subiu como um vento. Quando viu ele estava lá estendido na estrada, a moto sumiu no meio daquela poeira. Por não me escutar. Ele não obedece depois que está bêbado, não obedece nem o papa. (F8)*

*Ele bebe muito desde que eu me conheço por gente. Desde os sete anos de idade eu ajudava a mãe na roça. Na época a gente trabalhava muito, plantava fumo, milho, feijão, de tudo. E ele sempre em volta, dinheiro entrava e ele pegava. Inclusive, ele botou fora uma terra que nós tínhamos bem dizer paga. A gente achava que estava paga, tinha trabalhado pra pagar. Mas ele pegava o dinheiro e ficava dois, três dias fora. Tudo por causa do álcool. [...] A gente se preocupa muito porque não sabe qual companhia ele vai trazer ali em casa. Pode vim uma pessoa boa como pode vim uma pessoa má. Porque vamos dizer que vai o cara lá que está com má intenção, esses malandros que ficam madrugada em volta você sabe que coisa boa não é. Eu cheguei e já botei ordem, falei: 'você quer beber, vocês vão na bodega e encham a cara lá'. Mas aqui não, aqui tem morador, tem família. Então a gente nunca está tranquilo, sempre está com aquela preocupação, como é que está lá. Muitas vezes eu estou no serviço eu ligo para casa quatro, cinco vezes, pra ver se está tudo bem. Então a gente se preocupa muito. [...] Até com ele mesmo, os caras sabem que todo início de mês ele recebe o salarinho dele, hoje tem gente aí matando por R\$ 50. Na verdade sossego nós não temos. [...] Tinha que cuidar ele como uma*

*criança, quando ele era bêbado era pior que uma criança, ele queria fazer o que dava na teia dele. (F10)*

*Todo mundo está preocupado. Pode até dar uma tragédia. A gente vê na televisão tantas tragédias dessa gente desse tipo agressivo, por causa de duas, três palavras, já estão surrando, estão se matando. Às vezes o homem para a mulher mesmo, por causa de duas, três palavras já saca o revólver, dá tiro, mata. A gente não quer que aconteçam essas coisas. (F7)*

*De noite para dormir eu tenho que tomar sempre remédio controlado, senão eu não consigo dormir, senão já começo a pensar. Semana passada fui consultar de novo porque eu estava tomando a quantia certa e não estava dormindo, o médico reforçou a dose agora. Até que estou dormindo, mas é cedo que me dá mais sono, só que daí tenho que levantar porque a gente pega no serviço cedo, para cuidar das criações. (F11)*

*O sofrimento é a família. Como é que vai ver que o cara bebe toda noite. Não tem jeito! Deus o livre, quantas vezes que já fomos lá na casa dele, aconselhamos, vive bem tua vida, não faz isso, [...] mas não tem jeito. Ele preferia a cachaça. Daí a esposa também não se sente bem, o piá também não. Mas já tentamos conversar bastante, só que entra em um ouvido sai pelo outro. [...] Sai de carro, sai de moto, vai pra cidade, vai beber, a família fica preocupada. Será que ele está bêbado, será que está são, será que está caído. Toda a família se preocupa. Por que ele pode até se matar, se está de carro, se está de moto e bebe. Pode acontecer um acidente. (F15)*

Ficou perceptível que a sobrecarga vivida no lidar diariamente com o alcoolista afeta os indivíduos que compõem o grupo familiar, podendo causar-lhes um sentimento de exaustão e até mesmo influenciar no seu adoecimento. Expressões de cansaço e sofrimento foram manifestadas pelos participantes do estudo em seus relatos, dando a entender o relacionamento com o alcoolista como um fardo difícil de suportar, chegando a provocar problemas clínicos em alguns familiares, como o aumento da pressão arterial e a origem ou piora do quadro depressivo.

*Agora que eu e a esposa podíamos descansar, estamos com esse processo, na verdade é um processo. [...] Eu sempre volto para casa à tarde e tem um bêbado lá incomodando. Para a minha esposa a situação é pior porque ela se dá melhor com ele do que eu, eles são mais entrosados. Ela sofre mais, até está meio depressiva por causa disso. A gente fica com medo porque eu tenho uma filha que já está em tratamento de depressão, agora se entra a mulher também. Assim, é sofrido, até eu também quando eu fico em estado de nervo, da vontade de matar. Não é fácil. (F8)*

*Não é fácil lutar com uma pessoa que bebe, meu Deus, não é fácil. Quando interna aqui eu dou uma arribada. Meus filhos já falam: 'a mãe agora endireitou, a mãe tem sossego', porque lá ele não sai. Daí eu tenho sossego porque quando ele está em casa não tenho! Olha, vou falar a*



*verdade para você, se ele ficasse para o resto da vida aqui eu seria muito mais feliz do que eu levar para casa. (F11)*

*Está difícil, a mulher está com depressão há um ano, mas ela parou trinta dias de tomar os remédios porque o médico mandou ela experimentar parar. Está pior. Ela toma três comprimidos para pressão alta, a pressão dela se ela se incomoda vai a vinte e pouco. Com eles ali, quem não se incomoda. [...] Eu nem devia ter pegado eles, o advogado disse que eu não precisava ter pegado nem ele, nem meu pai. Eu podia botar meu pai num lugar de idosos e pagar porque o médico disse que eu me incomodar nem devo, que eu fiz cirurgia do coração, eu tomo cinco remédios no dia, contínuos. Eu não posso me incomodar, se eu incomodo com algum tipo de coisa é pra deixar pra lá, sair, fazer outra coisa, não presta se estressar. Porque pode alterar a pressão e dar problema. (F9)*

*Qual é a mãe que não pensa pelo filho! A gente se apega com Deus para tirar esse vício dele. [...] Meu marido disse acho que nós vamos ter que abandonar aqui e sair daqui. Porque quem que aguenta ver um filho do lado assim. A gente tinha tanto gosto de ter um filho perto. A gente não quer isso aí. Meu Deus do céu. (F7)*

*O pai a vida inteira fez a mãe e nós sofrer. O que eu puder fazer para evitar isso eu vou fazer. A gente nunca sabe o dia de amanhã. Eu disse para minha mulher: 'se um dia eu ficar assim pega um machado e dá no meu pescoço'. Porque eu sei o que uma mulher sofre na mão de um alcoólatra. (F10)*

*A mãe não conversava mais com ninguém, ela não falava mais, estava bem depressiva. [...] Minha irmã está com depressão também, ela não aguenta. Ultimamente ela discutia com ele todos os dias. Ela não queria brigar em frente do pai porque o pai teve derrame. Mas tinha uma hora que não aguentava. E ele não fica quieto, meu Deus, ele nas loucuras dele ele vai até o fim, então você tem que ficar quieto. (F2)*

Ainda, ao descreverem aspectos da sua situação biográfica, os familiares contaram que o alcoolismo dentro da vida no lar propiciou a ruptura de muitos vínculos afetivos.

*Ele é viúvo. A família dele ninguém quer nada com ele por causa da bebedeira dele. [...] Os filhos não querem nada com nada. Eles vêm conversar com ele, mas não querem nada de ajudar ele, levar ele para morar com eles. Até o rapaz, eu contei para ele que às vezes ele mijava em qualquer lugar, cuspia, ia tomar o chimarrão derramava toda a erva dentro de casa, daí o filho dele disse: 'mas pega e passa o laço'. Eu nunca vou fazer uma coisa dessas. [...] Ele não se acerta com ninguém. A mãe dele é viva ainda. Mas ele não se acerta nem com a mãe dele, nem com os irmãos dele, nem com as irmãs dele, com ninguém. (F1)*

*Eu sou o único que corro atrás. Os outros não querem ajudar. As filhas dele, uma está grávida e disse que não quer se incomodar. Ele tem duas meninas pra lá que eu sei. Mas não querem nem saber dele. Porque tem meus irmãos pra lá que moram perto. Tão tudo pra lá, o único que está aqui*

*sou eu. O resto está tudo pra lá em Joinville, Blumenau. Eles moram tudo perto lá, mas só que elas não querem. (F3)*

*Ele trabalhou dois anos junto com a tia dele no Paraná, minha filha. Mas não sei o que aconteceu, deu uma zebra e ele voltou lá com a mãe dele. Depois o padrasto dele expulsou ele de casa, porque ele tentou matar o padrasto por causa da terrinha que ele tinha. No fim eu até entrei no meio senão ele ia matar mesmo. De lá ele veio comigo. Depois ele foi trabalhar no Rio Grande, ficou com o irmão do padrasto dele, mas como ele tomava demais também mandou ele de volta. Daí vai onde? Deixar ele na rua não dá. Veio lá em casa. E eu não quero bêbado em casa. Ele sabe muito bem que eu não quero, mas vou fazer o quê, ninguém quer ficar com ele. (F8)*

*Ele estava vivendo com uma mulher, até ele tem uma filha. Ele começou agressivo com ela, com palavrões. Ela foi embora de vez com a menina. Já faz quatro anos que elas se foram. Ela foi embora porque ele era muito agressivo para ela. Tudo pra ele estava errado. Só ele era certo. Com a menina ele fala por telefone. Só que ela não veio mais aqui, a mãe não deixa. (F7)*

*Ele e a mãe se separaram há três anos. Os dois nunca mais se conversaram. Quando ela vem lá em casa, ele evita, ele não vem. A mãe está com aquele ódio, tudo o que ela passou a vida inteira. Porque a mãe só soube trabalhar. Trabalhar e trabalhar mesmo, até se aposentar só trabalhou. Trabalhou, criou os filhos dela, educou e todos muito trabalhador. Eu acho que todos se espelharam pela mãe. Nenhum foi mais para o lado do pai, todos pela mãe, porque todo mundo viu o que a mãe passou. (F10)*

*Minha mãe não aguentou e não quis mais. Faz nove anos que eles se separaram. [...] Minha mãe não gosta nem que fala dele na verdade porque ela lembra de tudo o que aconteceu, daí ela não quer nem que fala dele perto dela. (F14)*

*Ele era casado com uma mulher, mas ela foi embora porque ele bebia. Ele casou com outra, separou faz uns sete meses. Eles têm um filho de um aninho e pouco. Ela e o filho foram morar com a mãe dela. Ela foi no juiz, ele não podia por seis meses chegar perto da criança. Ele era proibido de tirar o nenê da creche, ele ia bêbado e queria pegar o nenê. [...] Se ele bebe, pega o nenê e sai vou fazer o quê. Ela tinha razão de não dar o nenê pra ele, eu concordo. Mas acho que se ele parar de beber tem chance deles voltarem a morar junto de novo. Eu falei pra ele se você não for por ti vai pelo teu filho porque você não vai criar ele desse jeito. (F4)*

*A bebida destruiu o casamento dele com a primeira mulher, o que aquela menina ajudou. Da outra vez que eu trouxe ele aqui, ele estava muito ruim, tomava remédio para pressão e cachaça, mas a menina sempre ajudava nós. [...] A segunda mulher dele também foi embora por causa da bebida. Eles ficaram juntos quase cinco anos, o pizinho vai fazer quatro. Só que ela é muito brava. Ele naquele dia não estava bêbado quase, mas ela viu que ele tinha bebido, sentiu o cheiro. Ela falou e ele disse não eu não tomei. [...] Daí saiu, já foi ligar para o pai dela para ele vir buscar e foi embora mesmo. Não vi mais ela. (F11)*

Observou-se nessas falas que, ao agirem no mundo da vida, esposas, filhos, irmãos e outros membros da família romperam as relações que tinham com o usuário de álcool, em decorrência da constante convivência com agressões, discussões e outros comportamentos problemáticos.

### 6.3 MOTIVOS QUE LEVARAM O FAMILIAR A CUIDAR DO USUÁRIO DE ÁLCOOL

A partir das falas dos familiares sobre a realidade em que se encontravam, pôde-se perceber que a convivência com o usuário de álcool os mantinha em uma situação de fragilidade. Todavia, eles não deixavam de cuidar do alcoolista e manifestaram os 'motivos porque' de agir dessa forma. Vários relatos demonstraram aspectos afetivos e morais. Os familiares se sentiam responsáveis pelo cuidado do alcoolista devido aos laços de consanguinidade que tinham com ele.

*Eu e o meu marido cuidamos dele. Quem que vai cuidar se o pai e a mãe não cuidam. (F4)*

*Não tem o que fazer, é irmão, é família. Tem que dar um apoio para ele. Duas vezes ele já internou, não tem como deixar lá. (F3)*

*Eu fiquei tomando conta, não tem como, como é que você vai largar na estrada, não tem como largar na estrada, é pai. (F10)*

*E agora fica sozinho, se eu não tomo conta morre lá. Eu não posso, meu coração não deixa ninguém padecer, pode ser um estranho, o que eu puder fazer eu faço. Agora imagina um sangue da gente. (F6)*

*É pai, seja o que for. O mudo também. Só que é complicado. (F9)*

Em um relato pôde-se notar que o familiar buscava compreender o usuário de álcool, uma vez que em suas próprias experiências vividas como alcoolista havia passado por um processo de tratamento.

*O único que se acerta com ele sou eu porque eu tenho paciência porque eu passei por isso. Eu fui internado uma vez em uma clínica, há mais de 10 anos. Eu já tinha perdido toda família. Eles se distanciaram porque eu não queria nem saber, depois o bêbado vira mulherengo e relaxado. Só sobrou a clínica para mim. Graças a Deus hoje tenho minha família, está tudo estabilizado. Então eu sei porque eu passei isso. É uma doença, não tinha mais como parar, eu de manhã levantava e noitecia só no gole. (F1)*

Os familiares também se remeteram ao fato de que o usuário de álcool quando estava sóbrio mantinha uma boa convivência com os membros da família e da comunidade, apresentando comportamentos antagônicos aos de quando estava sob o efeito da bebida.

*A convivência com ele são não tem que ser melhor. Tanto que a minha menina que tem um ano e cinco meses está toda hora pedindo o vovô, eles se acertam muito bem. Ele com a minha esposa também se acertam superbem. O que precisar dele ele está sempre disposto a ajudar. (F10)*

*É só a bebida que estraga ela. Quando não tem álcool nada é a melhor pessoa do mundo, maravilhosa, gente boa, tira o casaco para qualquer um. [...] Quando não está bêbada ela para lá em casa bastante, fica com os piázinhas que eles gostam dela e depois que eu lido com as vacas de leite nós ficamos juntas. [...] Na casa dela ela é caprichosa, faz comida, tu pode ficar o dia com ela. (F13)*

*Quando ele está são pode mandar o que quiser. Ele vai e faz, faz tudo. Até a gente sai e volta, ele fica em casa, faz a comida até melhor que eu, que qualquer um de nós. (F8)*

*Ele quando está sóbrio é muito querido na família. Ele trabalha na roça em tudo, tira leite, me ajuda, planta soja, milho, faz serragem, trata as vacas, tudo ele faz. (F4)*

*Ele estando são é trabalhador. Ele ficou uns quatro anos sem tomar nada. Na época, ele trabalhava de servente, é bem trabalhador. Ele me ajudava até a cuidar dos bichinhos. Depois ele saiu foi cuidar de um aviário de frango, um aviário de cem metros sozinho. Eu entendo ele porque sãozinho ele se dá superbem com nós, com minha nenê, com meu menino. Ele são não tem pessoa melhor. Todo mundo quer bem dele. Ali no interior todo mundo conhece ele, pessoal de família bem conhecida. Ele é um homenzinho de confiança. Se você deixar cuidar uma casa, você pode sair, deixar tudo na mão dele. Ele não mexe em nenhuma coisa. Se precisar quatro, cinco horas da manhã chamar, ele está disposto. (F1)*

*Quando ele não bebe, ele é calmo, bem calmo mesmo. É outra pessoa. Quando ele não bebe, ele faz chimarrão, ele convida o pai e a mãe para sentar junto. (F7)*

*Ele quando está bom ele trabalha na roça, ajuda a plantar, capinar. Se ele bebe ele não trabalha. (F5)*

*Porque ele é gente boa, ele trabalha na lavoura, ele ajuda a comunidade, ajuda os vizinhos. Mas é aquela maldita cachaça! (F15)*

As descrições dos familiares nessas falas desvelam a importância e o reconhecimento do alcoolista, considerando seus atributos quando não estava

alcoholizado. Ele normalmente apresentava-se calmo e gentil, socializava com os pais, netos, filhos, nora e vizinhos; dedicava-se ao trabalho agropecuário e estava disposto a ajudar nas atividades domésticas e comunitárias.

#### 6.4 EXPECTATIVAS DE QUE O FAMILIAR PARE DE FAZER USO DE ÁLCOOL

Os familiares revelaram os seus 'motivos com a finalidade de' ou 'motivos para' ao esperarem que, com o tratamento na unidade de internação psiquiátrica, o alcoolista não fizesse mais uso de bebidas alcoólicas. Observou-se que a expectativa dos familiares em relação à abstinência se direcionou tanto à preocupação com a saúde e ao trabalho do alcoolista quanto ao bem-estar dos próprios familiares.

*Eu espero que ele pare porque tem bastante problema de fígado, se ele quiser viver vai ter que parar. [...] Eu tenho fé que ele aguente sem a bebida de álcool. Eu espero que ele viva com nós o resto da vida. [...] Eu espero que ele pare porque eu quero que ele viva porque ele sofreu a vida inteira com essas bebidas, então eu penso que ele viva a vida, aproveite o tempo que ele está vivo. (F1)*

*Eu espero ele mudar, que ele melhore. Tomara que dê certo. Imagina, ele é novo tem que se cuidar com a vida, que nem ele estava ele pode enfartar. (F12)*

*Eu espero que ela saia e fique uma pessoa boa, que parasse de beber. [...] Porque daí ela vai mudar de jeito e a gente vai se sentir melhor. (F13)*

*Eu acho que agora vai dar certo, chega daquele sofrimento. Eu não queria mais que ele bebesse. Por causa da família dele, família querida. Ser outra pessoa, viver melhor. Ele já tem problema também, tem até câncer. Mas eu acho que agora com a ajuda de vocês aqui e a minha ele para. Ele chegou me jurar. (F15)*

*Espero que ele melhore, que ele pare de beber, porque ele vive doente. Se ele parar vai melhorar muito. (F14)*

*O bom seria se ele pudesse sair daqui curado e trabalhar de novo, é o que a gente esperava. (F2)*

*Eu espero que ele não volte a beber, que volte a ser o meu filho perfeito. [...] Se não se curar, eu não sei [...]. (F4)*

*A gente espera que ele melhore bem, que não voltasse a beber. [...] A gente queria que ele parasse, só faz mal para ele. (F5)*

*Eu espero que ele siga para frente, não beba mais, bota em ordem a cabeça. Porque se ele voltar e começar a beber vai de uma vez agora e morre. (F6)*

*Se ele ficar bom que felicidade para nós. Porque tem uns que dizem que não adianta às vezes, mas eu tenho fé que sim. Tomara que sim, tomara que ele melhorasse. Espero que ele melhore, que saia daqui e vá viajar. Ele estava abandonando até o emprego, [...] o patrão botou outro no caminhão dele para viajar. Então espero que ele saia bom, pelo amor de Deus. Eu tenho fé que ele vai melhorar igual os outros, que nem o outro irmão dele e o pai dele. Porque esse irmão dele bebia bastante. Agora não toma mais nada. (F7)*

*Eu estou confiante, tomara que dê certo. [...] Se ele conseguir tomara, descansa muita gente. É ter controle. Ele quer pegar emprego também. Pode ser que ele mude. (F8)*

*Tomara que ele saia daqui e pare de beber. Minha esposa também espera que ele melhore, porque senão, diz ela que não vai aguentar. (F9)*

*Eu procurei internar ele pra ver se ele melhora, eu acredito que vai ficar bom, vai voltar ser a mesma pessoa que ele era antes. (F10)*

*Eu espero que Deus há de dar força que ele pare, eu tenho fé em Deus, que Deus abençoe todos vocês daqui, e que ele levante a cabeça e vá em frente, porque ele já está de idade de agarrar juízo. Mas eu tenho fé de que Deus há de abençoar porque aqui o tratamento é bom. Que ele saia bem, porque não é fácil lidar com uma pessoa que bebe e quando a gente fica mais velha fica mais custoso. (F11)*

Pôde-se perceber nesses relatos que dois fatores de apoio dos familiares para suas expectativas em relação ao tratamento do usuário de álcool eram a fé e a religiosidade. Notou-se, ainda, que algumas pessoas mencionaram a perspectiva de “cura” do alcoolista, demonstrando o desconhecimento do alcoolismo como uma doença crônica.

## 6.5 PROJETOS DO FAMILIAR DO ALCOOLISTA A SEREM EXECUTADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

No decorrer das entrevistas, ao se remeterem ao futuro, os participantes do estudo demonstraram em suas falas projetos para serem realizados após a alta hospitalar do alcoolista. Alguns familiares verbalizaram sobre o acolhimento do alcoolista em seus lares. Entretanto, alguns manifestaram possibilidades, tais como buscar um lugar para colocá-lo, como um lar de idosos; contratar um cuidador, não deixar que o alcoolista trabalhe mais junto com a família; construir uma casa para ele

morar sozinho; e recorrer a um juiz solicitando internação compulsória ou uma ordem judicial para que outros familiares cuidem do mesmo.

*Ele coitadinho, se nós não acolher ele lá em casa, ele vai acabar morrendo na rua. [...] Eu disse para ele que não quero nada, eu vou dar roupa limpa, comida, o que precisar para ele viver o resto da vidinha dele. É triste a gente não ter ninguém pela gente. Que nem ele o que vai acontecer, vai cair na bebida de novo, aí o que vai ser o fim desse homem, a morte por não ter alguém que cuide. E eu me dói muito o coração quando eu vejo a pessoa sofrendo e tu tem como ajudar e não ajuda. Eu sou uma pessoa evangélica há muitos anos, o que eu não gosto para mim eu não quero para ninguém. (F1)*

*Nós vamos modificar um pouco a casa dela. Eu por mim tirava aquela casa de lá, levava ela mais perto da minha, mas como ela não quer eu não posso fazer isso. Daí ela pode parar lá em casa, a gente vai na casa dela, ela pode ir no meu irmão, é tudo perto lá. (F13)*

*Nós vamos ficar em cima, vamos ajudar ele. [...] Agora nós não vamos deixar ele andar como em uns tempos, pra cá e pra lá, só acompanhado da esposa dele, vai ter que ser assim. (F15)*

*Já conversei com meus irmãos, se ele não melhorar vamos ter que procurar uma saída porque eu preciso trabalhar, eu não tenho como, eu fiz dívida, comprei um caminhão, um trator, estou pagando a terra também, não tenho como parar de fazer o que estou fazendo para cuidar ele. Também não tem como eu deixar a minha esposa em casa cuidando ele. Meu irmão mora junto com o sogro, sogra e cunhado ainda, minha irmã também, os dois trabalham, tem criança pequena, fica difícil. Então conversamos, se ele não melhorar a gente ia ver para internar ele num asilo. Porque não tem outra saída, se deixar lá ele vai acabar se matando. E temos que ajudar ele, não tem como deixar jogado também, que ele não é qualquer um [...]. Se melhorar beleza, se não melhorar vamos ter que sentar e conversar, ver bem o que vamos fazer ou talvez pagar alguém que fica lá com ele. Abandonar nós não vamos. (F10)*

*É meio difícil acreditar que ele vai melhorar, mas vamos esperar pra ver. [...] Eu quase nunca estou em casa, só estou nos finais de semana. [...] Minhas tias que conseguem ajudar mais ele, levam comida pra ele [...]. Mas elas já falaram que vai ser a última vez que elas vão ajudar ele. Elas vão dar uma reformada lá onde ele mora, vão ajudar ele. Mas se ele não se ajudar lá depois vão largar mão dele. Já falaram isso até pra ele. (F14)*

*Quem vai cuidar dele, quem vai dar os remédios? Porque ele não aceita e se não tomar os remédios vai piorar. Vamos ter que ver o que fazer porque não temos com quem deixar ele porque temos os nossos compromissos. A hora que levar ele para casa, como é que vamos lidar com ele? Eu não quero nem pensar nisso! Já está um contra o outro. A minha irmã falou que se ele ir para lá ela vai sair. Daí quem é que vai cuidar do pai e da mãe? Eu na minha casa não quero. Minha filha também não ia aceitar ele lá. Eu trabalho de noite e só volto às seis da manhã. Tinha que achar um lugar para deixar ele. Mas tem que ser com a vontade dele e ele já está com ódio que nós botamos ele aqui. O juiz falou que o pai não tem o dever de cuidar ele, se ele tem filhos de maior eles deveriam cuidar. Mas o juiz não quer assinar nada. Daí vamos ter que ver. Estávamos pensando em fazer uma*

*casinha pra ele perto dali onde o pai mora. Nós comentamos com o pai, só que ele não fala nem A, nem B. (F2)*

*Ele tem a casinha dele lá, mas fica lá na casa dele, as coisas vão ser do pai lá embaixo e ele pode arrumar emprego na cidade. Se ele der certo com a mulher, se quiserem voltar a morar junto, ele mora na casinha e trabalha na cidade. É o que eu tinha pensado porque juntos não dá. Porque ele e o pai dele nunca se deram muito bem no trabalho, volta e meia discutiam. Discutir é normal, mas bater já passou da normalidade. Isso que eu tenho medo, eu achei que ele não ia ter coragem de bater e ele teve [...] Meu marido também não quer mais trabalhar junto com ele. Disse: pode morar na casinha dele, mas trabalhar junto não quer mais. (F4)*

*Vamos segurar ele em casa porque ele saindo e já indo trabalhar na cidade não tem como. Que nem internar ele aqui, ele está preso. Então fica em casa com nós. Ele tem que frequentar as reuniões que tem quarta de noite na igreja aqui, tem que participar em tudo. [...] Ele prometeu, senão vai pelo juiz e vamos internar ele. [...] Assim nós estamos de plano para ele, se começar de novo, vai direto, vai pelo juiz. Porque a gente não tem mais condições. (F12)*

*O pai vai ver na justiça se as meninas vão ter que pegar ele porque o pai não quer ele lá. E eu não posso porque a primeira vez que ele ficou internado ele tomava nove comprimidos e eu tinha que ir lá todo dia, de manhã, de meio-dia e de noite. É um compromisso. Para mim que tem muito trabalho não dá. E o pai não dá, eles bebem, já são de idade. O pai tem mais de setenta anos, a mãe também. Não tem como. Um caso assim é difícil. Somos em nove irmãos com ele. Mas ninguém quer pegar ele. E a gente, que nem eu, eu não posso. Ter lá para tratar ele, que tem que ter alguém para dar o remédio. Porque na primeira vez, quando deu duas semanas, ele estava bem consciente, bem tranquilo, e ele pegou os remédios e 'não quero mais, vou beber'. Eu disse: 'ó, vai cair de novo'. E deu no que deu. Não consegue, sozinho é meio difícil a pessoa assim. Na verdade tem que ter alguém ali. (F3)*

Essas falas ilustram a incerteza de familiares em relação à melhora do quadro clínico e à manutenção da abstinência dos alcoolistas, arraigada, possivelmente, no histórico prévio de recaídas desses indivíduos e de internações psiquiátricas devido à dependência de álcool. Durante a realização das entrevistas, alguns familiares comentaram em suas narrativas que o alcoolista já tinha passado por outras internações. Nota-se que, diante do impacto do uso de álcool no contexto familiar, participantes do estudo se manifestaram sobre projetos que traduzem receio de não terem condições de cuidar constantemente do alcoolista. Além disso, percebe-se cuidados planejados voltados para uma perspectiva de controle.



## 7 DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentam características em sua situação biográfica que podem ser comparadas com os resultados do último Censo Demográfico, realizado no ano de 2010. A maioria dos familiares mencionou uma renda mensal maior do que o rendimento por domicílio na área rural na região Sul, que é de R\$ 1.622,00 (IBGE, 2011). Apenas três familiares referiram um rendimento menor a esse valor.

Notou-se que grande parte dos participantes da pesquisa tinha no máximo quatro anos de estudo, sendo que uma familiar não era alfabetizada. Conforme o IBGE (2011), a escolaridade média das pessoas com mais de 15 anos no meio rural é de 4,5 anos. Tal situação, para Araújo (2012), demonstra que a garantia do Ensino Fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive, para os que não tiveram acesso na idade própria, conforme fixado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), não vem sendo cumprida no meio rural.

Ressalta-se que a alfabetização é o primeiro passo para o acesso à informação escrita e a níveis de educação mais elevados. Assegurar que as crianças frequentem o Ensino Fundamental nas idades apropriadas é essencial para a redução do analfabetismo no país. Seguindo o processo normal de aprendizado, ao chegar aos dez anos de idade, a criança deve, minimamente, estar alfabetizada (IBGE, 2011).

No entanto, segundo o IBGE (2011), os dados do último censo mostraram que a taxa de analfabetismo na área rural das pessoas com dez anos ou mais de idade é de 21,2%. Esse valor é três vezes maior que na área urbana. Essa disparidade entre o meio rural e urbano está relacionada às dificuldades de acesso à escola, que pode envolver a distância existente entre o domicílio e estabelecimento de ensino e o envolvimento precoce da criança na força de trabalho que a impede de frequentar o ambiente escolar.

A partir das narrativas dos familiares sobre sua situação biográfica, foi identificada a predominância da agricultura familiar nas atividades laborais que desenvolvem. De acordo com a Lei n. 11.326/2006, a agricultura familiar é caracterizada por prática de atividades econômicas realizadas no meio rural, atendendo requisitos básicos, como a detenção de uma área de terra inferior a quatro módulos fiscais, predomínio de mão de obra familiar nas atividades econômicas da propriedade, sendo que estas devem ser essencialmente agrícolas,

e gestão da propriedade conduzida pela própria família (BRASIL, 2006). Salienta-se que a agricultura familiar não é um conjunto uniforme, uma vez que abrange situações muito diversas, que vão da agricultura de subsistência à agricultura empresarial de caráter familiar (BRUMER, 2014).

O meio rural do oeste de Santa Catarina, que corresponde à região dos municípios de procedência de todos os participantes deste estudo, notabilizou-se a partir dos anos 1970 pela introdução do sistema de agroindústrias integradoras para a produção de suínos e aves. Neste sistema, para Dorigon e Renk (2014), a agroindústria estabelece padrões de produção, compreendendo as instalações, a organização do trabalho e os resultados esperados; fornecendo à família integrada animais, rações, medicamentos e assistência técnica para o processo produtivo e fixando os preços pelos animais entregues para o abate.

A partir de meados da década de 1980, em virtude da modernização tecnológica das atividades rurais, ocorreu a exclusão em massa dos agricultores familiares integrados. Diante desse cenário, como reação à crise, buscou-se a diversificação das atividades, associando o trabalho na unidade familiar de produção com a venda da mão de obra na forma assalariada e a instalação de agroindústrias familiares voltadas para o mercado consumidor local e regional (DORIGON; RENK, 2014).

Atualmente, segundo os referidos autores, o meio rural do oeste catarinense, embora ainda tenha a agricultura como principal fonte de renda, desenvolve outras atividades econômicas, dentre as quais o processamento de produtos alimentares, comercializados diretamente pelos agricultores em circuitos curtos de mercado. Esses produtos são chamados de “coloniais”, pois são tradicionalmente processados no estabelecimento rural pelos agricultores – “os colonos” – e abrangem salames, queijos, doces, geleias, conservas de hortaliças, massas, biscoitos, vinhos, dentre outros.

A seguir serão discutidas as categorias concretas oriundas das experiências vividas dos participantes do estudo com os usuários de álcool. Na categoria intitulada “**Aspectos culturais sobre o consumo de álcool no mundo social de familiares de alcoolistas**”, o histórico familiar de uso de álcool descrito pelos entrevistados pode ser interpretado a partir do que Schutz trouxe em seus escritos sobre a concepção relativamente natural do mundo social. Sob esse prisma, em famílias que têm o hábito de consumir bebidas alcoólicas, os adultos acabam por

transmitir esse costume como um padrão cultural às crianças que nascem e crescem dentro do grupo.

Para fundamentar esse aspecto, salienta-se a base racional da vida cotidiana, em que Schutz (2015) abordou sobre o mundo social, no qual todos os indivíduos nascem de pais exclusivos e por serem concedidos por mães e não serem inventados, o período formativo de cada vida transcorre de uma maneira única. Cada pessoa cresce guiada por adultos, aprende uma língua, entra em contato com os semelhantes, recebe uma educação e ao longo da vida interpreta o que encontra no mundo a partir da perspectiva de seus interesses particulares, motivações, desejos, aspirações, compromissos religiosos e ideológicos.

Nessa linha de pensamento, após nascer, o indivíduo experiencia o mundo como uma rede de relações sociais, de sistemas de signos e símbolos, com uma estrutura particular de significados e de formas institucionalizadas de organização social. Todos esses elementos do mundo social são assumidos como algo natural. A soma total do aspecto natural do mundo social para aqueles que nele vivem constitui os costumes internos do grupo, que são socialmente aceitos. Eles são naturalizados porque foram testados ao longo do tempo e, sendo socialmente aprovados, dispensam explicações ou justificações (SCHUTZ, 2012).

Nessa ótica, o convívio cotidiano das famílias com seus entes que usam álcool pode influenciar outros membros da família no consumo dessa substância. Tal comportamento pode ser visto como um hábito repassado de geração a geração, que já se fazia presente no mundo dos predecessores. Essa ideia é ilustrada nas falas em que os entrevistados relacionaram a ação de beber como sendo algo “de família”, “de raça”, e externaram sobre o uso de bebida alcoólica por vários familiares com quem convivem atualmente e também pelos seus antepassados.

Estudos encontrados na literatura científica trazem evidências sobre uso de álcool entre gerações. Uma pesquisa desenvolvida com alcoolistas em tratamento em um CAPSad, em São Paulo, mostrou que o início do consumo de bebidas alcoólicas para alguns sujeitos foi incitado pelos pais ou outros familiares devido ao álcool fazer parte do seu cotidiano familiar (MARQUES; MÂNGIA, 2013). Nos resultados de uma pesquisa realizada com familiares de alcoolistas em uma Unidade de Saúde da Família, em Santa Catarina, também foi verificada que a história da dependência ocorria há gerações (FERRABOLI *et al.*, 2015).

Destacam-se detalhes dos aspectos culturais do uso do álcool, visualizados nas falas de F3 e F8. O primeiro familiar lembrou que começou a consumir bebidas alcoólicas na adolescência e convivia desde os seus cinco anos de idade com seu pai fazendo uso do álcool, sendo que na época o mesmo era dono de um bar. Já F8 relatou experiências da sua infância, quando familiares forneciam bebidas alcoólicas para as crianças para vê-las embriagadas.

Os aspectos culturais do uso do álcool identificados nessas falas, bem como o histórico familiar de alcoolismo demonstrado nos diversos relatos neste estudo, podem ser relacionados com os achados de uma pesquisa realizada com alcoolistas residentes no meio rural no noroeste do Rio Grande do Sul. Tanto na região em que foi realizada a pesquisa mencionada quanto no cenário do meio rural do oeste catarinense existe a tradição dos pequenos bares denominados de bodega, que faz com que o ato de reuniões entre amigos, demais festividades e jogos realizados passem de pai para filho. Assim, as crianças nascem e crescem diante dessa realidade e, logo, quando atingem a adolescência, juventude ou fase adulta, passam a frequentar os bares comunitários com seus pais, podendo ser um dos fatores para o desenvolvimento do alcoolismo (ALCHIERI *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que a população do noroeste do Rio Grande do Sul é constituída por muitas pessoas com descendência de italianos e alemães e o mesmo acontece no oeste catarinense. Inclusive, grande parte da população dessa região de Santa Catarina veio dos grupos que já estavam enraizados no estado vizinho e trouxeram na bagagem tradições e hábitos gaúchos.

Para Alchieri *et al.* (2013), uma tradição forte nessas localidades é o consumo de vinhos, destilados e cervejas. Tal prática é passada de pai para filho e atravessa gerações. E, ainda, é muito comum nas famílias o preparo do churrasco nos fins de semana, que, por vezes, vem acompanhado de aperitivos alcoólicos. Nessa conjuntura, os filhos vão crescendo espelhando-se nos hábitos paternos e/ou familiares e nas mais diversas formas de ingestão de álcool.

Essa ideia é corroborada por Silva *et al.* (2016), ao referir que muitas vezes o primeiro convite ou estímulo a provar da bebida alcoólica começa nos almoços de domingo em casa. Há uma cultura notória de tolerância social ao uso do álcool. Essa tradição há muito está arraigada no imaginário coletivo. Assim, a família também pode colocar seus membros em situações de risco, já que existe uma naturalização do beber. A família reproduz certos modelos existentes na sociedade, que podem

aproximá-los do contato precoce com bebidas alcoólicas sem o necessário julgamento crítico. Desse modo, a permissividade familiar pode ser reforçada pela aceitação social, potencializando os fatores de risco.

Nesse contexto, observa-se que as relações interpessoais têm forte influência no desenvolvimento do alcoolismo, pois em festas, reuniões entre amigos, bares comunitários ou jogos, as bebidas alcoólicas desde muito cedo sempre estão presentes. Dessa forma, a ação de beber praticada pelos adultos poderá ser imitada pelas crianças à medida que forem crescendo, repetindo-se situação semelhante ao alcançarem a idade adulta. Em muitas situações, tais práticas são realizadas de modo indevido, antes de completarem a idade legal para o consumo de bebidas alcoólicas (ALCHIERI *et al.*, 2013). Nos termos da lei, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, é proibido vender e fornecer bebidas alcoólicas para menores de 18 anos de idade (BRASIL, 1990, 2015), porém, como ilustraram as falas de F3 e F8, ocorrem ilegalidades nesse sentido, visto que desde a infância ou adolescência pessoas compram e/ou experimentam o álcool.

Essa questão é comprovada pelos resultados da última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2012, pelo Ministério da Saúde, em parceria com o IBGE. Foram investigados estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas, das cinco regiões brasileiras e das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Os resultados mostraram a magnitude do uso do álcool em adolescentes, sendo que a iniciação à bebida ocorreu mais frequentemente entre 12 e 13 anos de idade. Além disso, chamou atenção a facilidade com que os jovens entrevistados tiveram acesso ao álcool em festas, bares, lojas e na própria casa (MALTA *et al.*, 2014).

Outro estudo, realizado em Porto Alegre (RS), pesquisou a relação entre o consumo de álcool por adolescentes com a percepção dos mesmos sobre a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas pelos pais. A amostra foi composta de 74 adolescentes estudantes com idade entre 10 e 16 anos, de escolas públicas e privadas. Foi observado nos resultados que houve relação significativa entre considerar que um familiar bebe excessivamente e o consumo do álcool pelo adolescente. Percebeu-se que os jovens têm provado bebidas alcoólicas por volta dos 12 anos, e 40% da amostra consumiram ou experimentaram álcool pelo menos uma vez. O uso de bebida alcoólica apareceu fortemente associado com a percepção que os jovens têm do abuso dessa substância por parte dos pais. Os

adolescentes que consomem álcool em maiores quantidades ou ingerem bebidas com maior percentual alcoólico consideraram que algum familiar bebe em demasia, sendo em maior recorrência o pai. Concluiu-se que o papel dos pais no desenvolvimento dos adolescentes é essencial e pode influenciar a iniciação ou continuação do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência, pois jovens que têm pais usuários de álcool ou que não desaprovam o consumo tendem a beber mais e iniciar o consumo de álcool precocemente (WILLHELM *et al.*, 2015).

Segundo Castro (2012), todo esse prisma vem ao encontro dos escritos de Schutz, que, ao fazer uma reflexão sobre a atitude natural, pressupôs que experiência e ação não resultam de uma mente produtora de sentidos, mas da conexão entre diversas mentes, em interação no processo social. Destarte, fala-se em intersubjetividade, em compreender a subjetividade como um ato intersubjetivo. De acordo com esse pensador, os conhecimentos sociais, sejam eles empíricos, teóricos ou afetivos, e o modo como os sujeitos se organizam e regem as diversas situações de sua vida são transmitidos socialmente, herdados dos predecessores. Porém, também são, permanentemente, elaborados, reelaborados, fundidos, desfeitos, em um processo contínuo de sedimentação que se conforma intersubjetivamente. Por meio dessa proposição se teria uma visão dos fenômenos culturais como dinâmicas resultantes de processos intersubjetivos do mundo da vida, ou seja, como dinâmicas de sedimentação contínua.

Nesse contexto, entende-se que familiares predecessores e aqueles com quem se mantêm uma relação social direta, que foram mencionados pelos participantes do estudo, podem influenciar no consumo do álcool por outros membros da família. No entanto, um indivíduo pode a partir de suas experiências e seu estoque de conhecimento considerar um usuário de álcool na família como um modelo negativo e se afastar desse tipo de consumo.

Nota-se nas falas dos familiares que a convivência com o descontrole do alcoolista no uso de bebidas alcoólicas e com os efeitos colaterais apresentados por ele colocou em destaque consequências sociais e fisiológicas que afetam as suas situações biográficas. Esses aspectos foram apontados em uma pesquisa realizada no Paraná por Lopes *et al.* (2015), em que os sujeitos do estudo demonstraram o sofrimento das famílias devido ao alcoolismo, levando ao desrespeito, violência, discussões e sentimentos negativos perante o familiar dependente.

De acordo com Lopes *et al.* (2015), tanto a família quanto o usuário de álcool sofrem as consequências que esse uso provoca no ambiente familiar. Com o passar do tempo, o alcoolista é ignorado devido às brigas frequentes, como uma resposta às tentativas para cessar as discussões ou na busca do não querer mais se magoar com o assunto. Os conflitos constantes, a dificuldade em manter a relação afetuosa entre os membros, a existência de agressões e a não aceitação das opiniões do usuário de álcool podem levar a uma naturalização da violência.

Experiências sobre como o relacionamento com o alcoolista compromete o mundo da vida cotidiana dos familiares constam na categoria concreta **“A relação face a face entre o familiar e o alcoolista: sobrecarga, adoecimento e separação”**. Nessa categoria são retratadas particularidades dos relacionamentos no grupo familiar, que, para Schutz, envolvem alto grau de intimidade e são intermitentes.

Na vida no lar, as pessoas têm em comum com outras uma seção do tempo e do espaço, objetos do entorno enquanto fins e meios possíveis, bem como interesses baseados sobre um sistema de relevâncias subjacente mais ou menos homogêneo. Os parceiros em uma ‘relação-do-Nós’ experienciam um ao outro como personalidades únicas, com a possibilidade de seguir o desdobramento do pensamento do outro enquanto uma ocorrência em curso, podendo compartilhar suas antecipações do futuro enquanto planos, esperanças ou anseios; e cada um deles tem a chance de restabelecer a relação-do-Nós, caso ela seja interrompida, e continuar como se nenhuma intermitência tivesse ocorrido. Para cada um dos parceiros a vida do outro se torna uma parte de sua própria autobiografia, um elemento de sua história pessoal. O que ele é, o que ele se tornou e o que virá a ser são codeterminados por sua participação nas várias relações-do-Nós que existem no grupo doméstico (SCHUTZ, 2012).

Nessa linha de pensamento, os indivíduos que vivenciam a dependência de álcool no seio familiar, ao estarem diretamente ligados ao alcoolista, estabelecendo relações-do-Nós, têm essa problemática do alcoolismo como parte do seu mundo da vida. As interações, os conflitos e as interferências constantes entre os familiares marcam suas situações biográficas, de modo que podem determinar o que são atualmente e o que serão no futuro.

Schutz (2012), ao se referir à vida no lar, traz que ela segue uma rotina organizada. Ela tem objetivos estabelecidos e meios já testados para alcançá-los, que abrangem, por exemplo, tradições, hábitos, instituições e horários para a

realização das atividades. Os problemas da vida diária, na maioria das vezes, podem ser solucionados seguindo um padrão. Não é necessário definir ou redefinir situações que aconteceram anteriormente várias vezes, nem buscar novas soluções para antigos problemas que costumam ser resolvidos de modo satisfatório. No modo de vida levado no lar, a administração dos atos dos integrantes do grupo familiar leva em consideração um esquema de expressão e interpretação. Todos podem confiar que se usarem esse esquema irão compreender o que os outros querem dizer e também serão compreendidos.

No entanto, observa-se pelas falas dos participantes do estudo que a dependência de álcool interfere na rotina da vida no lar. Isso se dá porque o usuário de álcool perde o senso crítico em relação à vida social, descuida-se de suas necessidades e surgem problemas físicos e psíquicos. Ele apresenta compulsão pelo álcool, independente da hora, do local ou dos compromissos. A bebida alcoólica é a sua prioridade, mesmo que esteja com dificuldades financeiras. Ele tem de conviver com acidentes de trânsito e perdas econômicas e sociais. Com tudo isso, os familiares acabam se sobrecarregando por acumularem muitas responsabilidades e atividades, por custearem maiores gastos financeiros e por terem uma preocupação constante com o alcoolista.

Dentre as situações que preocupavam os familiares, destaca-se a fala de F4, que demonstrou receio do alcoolista se machucar ao desenvolver o trabalho na lavoura estando alcoolizado. Segundo Schwartz *et al.* (2016), o trabalho no meio rural por si só já apresenta riscos para o indivíduo, pois, muitas vezes, as pessoas não utilizam equipamentos de proteção adequados. Os instrumentos de trabalho, como as enxadas, os animais, a motosserra e o trator, podem causar lesões como cortes, principalmente em membros superiores e inferiores, algumas vezes, com amputação e fratura.

De acordo com Schutz (2012), o sistema de relevâncias adotado pelos integrantes do grupo familiar apresenta um alto grau de conformidade. Nesse sentido, um indivíduo tem boa chance de prever a ação dos outros em relação a si mesmo e a reação dos outros a seus próprios atos sociais. É possível prever tanto o que irá acontecer no dia seguinte quanto planejar um futuro mais distante de modo correto. Na essência, as coisas continuarão a ser as mesmas. Surgirão novas situações, eventos inesperados; porém, até os desvios de rotina cotidiana podem ser administrados de uma maneira definida pelo estilo geral com a qual as pessoas



em casa lidam com situações extraordinárias. Há uma forma já testada para resolver problemas familiares, para determinar como agir diante de casos de doença, de morte, entre outras situações. Paradoxalmente, há até mesmo uma forma rotineira de lidar com a novidade.

Nota-se nas narrativas dos familiares que a família do alcoolista experiencia situações de estresse e ansiedade e vive em função de expectativas relacionadas com o ato de beber do outro, tornando-se vulnerável a emoções, como raiva, compaixão, abandono, tristeza, entre outras (FERREIRA-FILHA *et al.*, 2012). Vivenciar estas situações torna os familiares fragilizados, podendo levá-los ao adoecimento, como a depressão, mencionada nas falas de F2, F8 e F9.

O desenvolvimento do quadro depressivo em familiares de alcoolistas também foi enfatizado em um estudo realizado com profissionais que atuam em Unidade de Saúde da Família em um município do Sudeste brasileiro. Os profissionais contaram que em seu cotidiano laboral, por vezes, familiares pediam ajuda do serviço para tratar tanto do alcoolista como de si mesmos, pois acabavam adoecendo em decorrência do alcoolismo do usuário. Foram destacadas as esposas de alcoolistas que acabavam desenvolvendo depressão (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

Outro estudo que aborda sobre o adoecimento de familiares de alcoolistas é uma pesquisa realizada em João Pessoa (PB), em 2011, que investigou o impacto do alcoolismo na dinâmica familiar, avaliando a coesão e adaptabilidade das famílias quanto aos fatores de risco para sofrimento psíquico em adolescentes. Constituíram sujeitos da pesquisa 715 adolescentes da rede estadual de ensino e os resultados indicaram que adolescentes que convivem com familiares alcoolistas apresentam maior prevalência de sofrimento psíquico, bem como o uso excessivo de álcool pode ocasionar sérios prejuízos ao funcionamento familiar, contribuindo para um núcleo com risco médio de adoecimento mental (PEREIRA *et al.*, 2015).

Diante das situações de fragilidade referidas pelos familiares na relação com o alcoolista e do que a literatura também traz, ao se pensar na perspectiva da atenção em saúde, considera-se necessário que os profissionais, inclusive os de Enfermagem, trabalhem o encorajamento como uma proposta de superação para a convivência de forma satisfatória, com o usuário de álcool (FERREIRA-FILHA *et al.*, 2012).

Segundo Elsen *et al.* (2016), o cuidado de Enfermagem enquanto essência precisa perpassar os mais diversos contextos familiares. Para se pensar no cuidado à

família do alcoolista é importante considerar que os membros que a compõe têm sistemas de crenças próprios, estruturas psíquicas singulares e vivenciam o mundo da vida sob óticas muito particulares. Dessa forma, dão corpo e movimento a um sistema familiar complexo e de acordo com os seus entendimentos de saúde e o ambiente onde suas relações se dão reproduzem determinados comportamentos, procuram ou não por serviços de saúde, significam distintamente o processo saúde-doença vivenciado e aceitam ou não intervenções de cuidados ao usuário e à família.

A partir dessa constituição complexa que acompanha as famílias, é fundamental que os profissionais de Enfermagem criem condições para que o cuidado seja resolutivo, factível e significativo para os familiares de alcoolistas que buscam o suporte profissional. Nesse sentido, a atenção e o cuidado às famílias devem extrapolar a lógica dual “hospital-domicílio” e envolver os mais distintos cenários, tais como serviços de saúde em nível ambulatorial, associações comunitárias, salões paroquiais, escolas, dentre outros (ELSEN *et al.*, 2016).

Para Elsen *et al.* (2016), é importante que os profissionais de Enfermagem perante o viver das famílias em seu cotidiano, em face das inúmeras dificuldades que enfrentam para constituir e manter uma vida saudável para seus membros, em especial, na presença do alcoolismo, da internação, do risco de vida e da violência, desenvolvam ações para a reorganização familiar, o enfrentamento das crises e o ajustamento às dificuldades, ao estresse e à adaptação do manejo.

Todavia, ocorrerão casos em que a família já teve rupturas de vínculos e separações. Isso é percebido nas falas dos participantes do estudo que, ao contarem sobre suas histórias acerca do alcoolismo na vida no lar, descreveram aspectos de suas situações biográficas que definem o modo como eles e outros familiares observam a cena da ação, interpretam suas possibilidades e enfrentam seus desafios. Observou-se que alguns membros da família, a partir da experiência construída ao longo de sua existência concreta, afastaram-se do usuário de álcool, interrompendo com as ‘relações-do-Nós’.

Tal afastamento pode ser entendido seguindo a linha de pensamento de Schutz de que as pessoas em seus cotidianos podem identificar dois tipos de elementos delimitadores de suas vidas: os que eles controlam ou podem começar a controlar, chamados de sistema de relevâncias intrínsecas, e os que estão fora ou além das suas possibilidades de controle, que compõem o sistema de relevâncias impostas.

Conforme Schutz (2012), os sistemas de relevâncias intrínsecas e sistemas de relevâncias impostas aparecem na vida cotidiana dos indivíduos de forma misturada e dificilmente encontram-se em estado puro. As relevâncias intrínsecas são o resultado dos interesses escolhidos pelas pessoas, estabelecidos por uma decisão espontânea de resolver um problema ou conquistar um objetivo, realizando um estado de coisas projetado.

Já as relevâncias impostas são eventos, como situações vivenciadas pelos participantes deste estudo em decorrência do alcoolismo no contexto familiar. Eles se impõem às pessoas como relevantes, não estando conectados com os interesses escolhidos por elas, que não são originados em atos que escolheram realizar, mas que precisam aceitar tal como são, sem qualquer capacidade de controlá-los, a não ser fazendo com que essas relevâncias impostas sejam transformadas em intrínsecas. Enquanto não se consegue isso, essas relevâncias não são consideradas como tendo qualquer relação com os objetivos escolhidos espontaneamente pelas pessoas e permanecem obscuras e incompreensíveis (SCHUTZ, 2012).

Nesse sentido, baseando-se no sistema de relevâncias impostas, notou-se nas narrativas dos participantes do estudo, que familiares ao perceberem que não podiam mudar por suas atividades espontâneas a situação do alcoolista optaram por se distanciar dele.

Os aspectos que foram abordados sobre a vida no lar tratam da estrutura social do lar para o indivíduo que vive nele. Contudo, quando uma pessoa deixa esse cenário, como é o caso das separações entre familiares e alcoolistas, a mera mudança de ambiente faz com que ocorram mudanças no sistema de relevâncias. Coisas que antes não tinham importância podem se tornar importantes, antigas experiências são reavaliadas; novas experiências surgem na vida de cada um dos indivíduos e que são inacessíveis aos outros (SCHUTZ, 2012).

O simples fato de que as pessoas envelhecem, de que novas experiências emergem de forma contínua no fluxo de seus pensamentos, faz com que as experiências prévias recebam novos significados interpretativos à luz das novas experiências, que de algum modo modificaram seus estados de espírito – essas características básicas que envolvem a vida mental impedem a recorrência do mesmo. Sendo recorrente, o recorrente já não é mais o mesmo. Por mais que uma repetição seja almejada, o que pertence ao passado nunca poderá acontecer no tempo presente exatamente do mesmo modo (SCHUTZ, 2012).

Quando uma pessoa regressa ao lar, ainda que ela não ache que ocorreram mudanças substanciais na vida do grupo ou em suas relações com ele, o lar para o qual retorna não é mais o mesmo que deixou. Para Schutz (2012), a própria pessoa que regressa também não é mais a mesma de quando partiu. Ela não é mais a mesma nem para si, nem para os outros membros do grupo familiar.

Essa afirmação é válida para qualquer tipo de retorno ao lar. Mesmo quando se trata de um breve período, como o de uma internação hospitalar, é possível perceber que o entorno recebeu novos significados, derivados de experiências durante a ausência e com base nelas (SCHUTZ, 2012).

Por isso, o problema central daquele que regressa da internação é que não existe qualquer garantia de que certas funções que foram bem desempenhadas por ele em um sistema (internação) continuarão sendo quando transplantadas para outro sistema (em casa, por exemplo).

Ressalta-se que os participantes do estudo trouxeram em suas falas não somente aspectos referentes à relação social diretamente experienciada com destaque para as características peculiares da relação face a face em sua forma mais pura, ou seja, a 'relação-do-Nós'. Eles, além de contarem a respeito das suas relações face a face com o usuário de álcool, externaram acerca de situações em que observaram diretamente o comportamento do usuário de álcool e/ou outro familiar que convivia com ele, correspondendo ao que Schutz (2012) denomina de observação social direta.

Na categoria concreta “**Motivos que levaram o familiar a cuidar do usuário de álcool**” são apresentados os ‘motivos porque’ manifestados pelos participantes do estudo, que explicam a base antecedente, ambiente ou a predisposição psíquica do familiar para que ele agisse do modo que agiu no cuidado do alcoolista.

A estrutura temporal dos motivos porque é sempre dominada pelo passado (SCHUTZ, 2012, 2015). Quando o familiar orienta sua ação em direção ao cuidar do alcoolista, entende-se que antes ele recorreu ao seu estoque de conhecimentos disponíveis, em que tem tipificações do alcoolista, atribuindo-lhe conjuntos típicos de motivos variáveis em razão dos quais age.

Ao projetar a sua ação ou ao vivê-la em curso, esses motivos que poderiam explicar certos aspectos do seu projeto, como as suas condições causais, permanecem ocultos à consciência do familiar. Somente após a ação ser cumprida, quando ela se tornou um ato, ele pode se virar para o seu passado, tornando-se um

observador de suas próprias ações, e capturar os genuínos motivos porque de seus próprios atos. Portanto, esses motivos formam uma categoria objetiva (SCHUTZ, 2012, 2015).

Segundo Zeferino e Carraro (2013), para compreender os motivos porque, é preciso considerar a situação biográfica dos familiares, ter conhecimento das suas histórias de vida, daquilo que os levaram a praticar uma dada ação. Os motivos porque estão enraizados nas suas personalidades, no aprendizado que acumularam por toda a vida.

Nesse sentido, nota-se nas falas dos familiares que seus motivos porque de agir no cuidado do alcoolista estão relacionados com os laços afetivos e os papéis sociais típicos interpretados por eles em termos de tipificações. Os familiares demonstraram entender que assumem no mundo um papel social de mãe, irmão, filho ou irmã e devem agir de acordo com o que é típico desse papel.

A associação da escolha de cuidar do alcoolista com a tipificação se dá por se tratar de um problema que afeta o familiar em relação a certo grau de tipicidade. E o problema que ocupa o familiar é um componente pragmático da sua situação biográfica. Desse modo, as tipificações são elementos importantes do mundo social tal qual ele é vivido.

Conforme Capalbo (1998), a tipicidade desempenha papel significativo na compreensão do outro e na interação social. Quando o mundo da vida é experimentado em maior grau de familiaridade e intimidade, como é o caso dos participantes do estudo com os alcoolistas, a relação é vivida sob a forma do nós permitindo a apreensão do outro como único em sua individualidade. Quanto mais familiar for a tipificação tanto mais próxima estará a unicidade e a individualidade do semelhante e mais serão os aspectos considerados como relevantes para o problema que deseja tratar ou resolver.

Na fala de F1, observa-se que o familiar cuidava do alcoolista por ser a pessoa da família que entende o alcoolismo como uma doença e tem paciência. O familiar justificou suas ações ao narrar sobre seu próprio histórico como dependente de álcool. Ele contou que uma vez foi internado para tratamento e na época todos os familiares se afastaram dele.

Desse modo, percebe-se que F1, estando em uma atitude natural, busca o que Schutz chama de a 'compreensão do outro *self*', ao fazer interpretações das ações do outro, que no caso é o alcoolista, levando em consideração os domínios

das suas experiências vividas. Estas envolvem tanto as experiências que tem do alcoolista quanto as próprias vivências como um dependente de álcool.

Neste estudo, também foi observado motivos porque para o cuidado do alcoolista associados às afirmações de que ele era uma ótima pessoa quando não estava sob o efeito da bebida alcoólica. Essa percepção pode levar ao entendimento de que os principais problemas da família eram ocasionados pelo álcool.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa que teve relatos de esposas de alcoolistas dizendo que o parceiro era um ótimo pai para as crianças, um bom marido e que o único problema eram as agressões causadas pela bebida. Essa crença de que o álcool é causador da violência pode ser utilizada como justificativa para atos violentos, sustentando e favorecendo a manutenção da violência familiar associada ao abuso de álcool. Isto porque, quando o álcool é percebido como causa da violência, o comportamento agressivo deixa de ser atribuído àquele que o comete. Desse modo, pode haver maior tolerância às agressões, uma vez que o agressor é visto como um homem bom cujo único problema é a bebida (TONDOWSKI *et al.*, 2014).

A categoria concreta “**Expectativas de que o familiar pare de fazer uso de álcool**” foi organizada a partir das falas dos entrevistados sobre o que eles esperavam com relação ao tratamento do familiar. Tais falas refletiram os seus ‘motivos com a finalidade de’ ou ‘motivos para’, pois trataram do que pretendiam com sua ação de cuidar e participar do processo de tratamento do usuário de álcool.

Os motivos para envolvem os objetivos que se procura atingir. Quando o ator projeta a sua ação ele está ciente desses motivos. Na verdade, são eles que instigam a ação (SCHUTZ, 2015). Os familiares, ao externarem sobre seus motivos para, manifestaram sobre a recuperação, sobriedade e reinserção do usuário de álcool na dinâmica familiar e social.

Por se tratarem da experiência do ator que vive no processo em curso de sua atividade, os motivos para são considerados essencialmente subjetivos. O ator comprometido em sua ação, incluído como parte do processo contínuo do projetar, define e interpreta o significado de sua ação em termos de motivos para (SCHUTZ, 2015). Destarte, para ele, o motivo significa o que realmente tem em mente e que dá sentido à ação que executa, e este é sempre o motivo para, a intenção de realizar um estado de coisas, de alcançar um fim preconcebido (SCHUTZ, 2012, 2015).

Dessa forma, o aspecto subjetivo dos motivos para se refere à relação que mantém a ação com a consciência do ator. Por conseguinte, não tem nada a ver com noções de introspecção, condições psicológicas ou atitudes privadas (SCHUTZ, 2015).

Nas falas dos familiares, observa-se que suas expectativas estão associadas aos sentimentos de fé, confiança e esperança no tratamento do usuário de álcool. Em algumas citações, as expectativas foram associadas à espiritualidade cristã. No enfrentamento da problemática do álcool no cotidiano familiar, tais sentimentos os fortalecem de situações que geram sofrimento, em que esperam resultados positivos.

O termo fé significa o que faz crer em alguém ou em alguma coisa. Manifesta-se como um apoio que se busca para superar dificuldades em algum momento da vida. A confiança é um sinônimo de fé. Trata-se de um sentimento importante para familiares que convivem com alcoolistas e precisa ser trabalhado pelos profissionais que atuam na perspectiva da saúde mental. Porém, não é fácil de ser colocado em prática. De acordo com o significado da palavra, quando se confia em alguém, espera-se que algo de bom aconteça; entretanto, muitas vezes, a família passa decepções em decorrência da dependência do álcool do indivíduo, passando a existir conflitos pessoais que fragilizam o elo entre o usuário e seus familiares (FERREIRA-FILHA *et al.*, 2012).

Alguns sinônimos apresentados fazem entender por esperança os sentimentos que traduzem confiança ou fé. A esperança faz com que as pessoas, diante de uma situação de desespero e oponente, mantenham as razões para continuar buscando resultados positivos para a vida pessoal. Muitas vezes é também associada a uma crença emocional (FERREIRA-FILHA *et al.*, 2012).

Nessa ótica, pensando no contexto de uma condição crônica de saúde, como o alcoolismo, torna-se necessária a inclusão da família como um todo no cuidado. Ao pensar em uma atuação dos profissionais da rede de atenção psicossocial alicerçada na sociologia fenomenológica, em especial dos profissionais da Enfermagem, é importante a compreensão das motivações dos familiares para contribuir no seu fortalecimento para o enfrentamento dos desafios desencadeados pela dependência do usuário de álcool.

Estudo realizado em um CAPSad em Minas Gerais concluiu que a proposta de dar liberdade para familiares de usuários de álcool falar, discutir e ser ouvido os motivava a comparecer ao serviço. Isso fazia com que assumissem a coparticipação

no tratamento do alcoolista, melhorando o funcionamento e o ajustamento familiar (NASCIMENTO; SOUZA; GAINO, 2015).

Nessa mesma direção, pesquisas desenvolvidas com o enfoque na família de alcoolistas destacaram outros espaços e recursos terapêuticos, como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e os grupos de apoio. A TCI na rede básica de saúde proporciona o compartilhamento de experiências que funciona como mola propulsora para o processo de empoderamento, capacidade resiliente e fortalecimento de vínculos afetivos e sociais, permitindo aos familiares superar os dilemas cotidianos, ante a problemática do alcoolismo (FERREIRA-FILHA *et al.*, 2012). O Grupo de apoio também traz aspectos positivos aos familiares de alcoolistas, dando subsídio para o suporte e para o reencontro da esperança, propiciando aprendizagem e conhecimento sobre o enfrentamento do alcoolismo no contexto familiar e a necessidade do cuidado do cuidador familiar (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Na última categoria concreta, denominada **“Projetos do familiar do alcoolista a serem executados após a alta hospitalar”**, os participantes do estudo expressaram sentimentos de ambivalência entre a aproximação e acolhimento do alcoolista e o afastamento dele da vida no lar devido às possíveis recaídas.

A teorização de Schutz sobre a ação social e o projeto remete à questão da volição e da determinação da conduta humana. Ele considera o homem como um ser, em princípio, livre para orientar suas ações, decidir sobre agir ou se abster, não acredita em uma pré ou integral determinação das ações humanas (SOUZA, 2012).

Nessa linha de pensamento, a orientação à família sobre a etapa de recuperação do alcoolista é muito importante para a construção do projeto familiar após a alta hospitalar. A família é um eixo basal na mudança de comportamento do alcoolista e o processo de recuperação por ser lento e gradual precisa muito de suporte e apoio familiar (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Para Santos *et al.* (2016), a família sofre com um sentimento de incapacidade por não conseguir achar uma solução, mesmo usando toda a sua dedicação e amor. Sem orientação dos profissionais que atuam na rede de saúde, os familiares podem interferir de modo negativo na recuperação do alcoolista, visto que é comum experimentarem sentimentos de raiva, frustração, desconfiança e, diante disso, acabam por desacreditarem na recuperação, podendo gerar desmotivação e conseqüente abandono do tratamento pelo alcoolista.



Quando a família tende a isolar o membro alcoolista, é importante que o profissional de enfermagem alerte para a necessidade de apoiá-lo a fim de prevenir futuras recaídas, pois sem este apoio o retorno ao convívio social será ainda mais complicado para ele. Para o alcoolista sem o apoio familiar, é muito difícil parar de beber ou evitar a recaída. Assim, os familiares precisam compreender que a recaída é uma fase do alcoolismo e que se ocorreu o motivo pode estar inclusive no meio familiar (SOARES *et al.*, 2014).

Estudos realizados com alcoolistas identificaram que as relações interpessoais e aspectos sociais e culturais estão entre as causas tanto para o uso de substâncias psicoativas quanto para a busca de tratamento (MARQUES; MÂNGIA, 2013).

Uma pesquisa realizada com usuários de substâncias psicoativas com histórico de recaída, entre eles dependentes de álcool, em tratamento em uma unidade de reabilitação química, em um hospital no Paraná, identificou os motivos que esses indivíduos atribuíam a sua recaída e busca por tratamento. Dentre as causas de recaídas elencadas estão a convivência com pessoas que consomem drogas, como amigos; e a dificuldade de lidar com frustrações decorrentes dos problemas vivenciados no cotidiano, como a perda do emprego e conflitos familiares. Além disso, foram mencionados o não reconhecimento da impotência perante a dependência – alguns usuários têm a ideia de que conseguem resistir à droga ou até mesmo usá-la e parar quando desejar – e a inatividade, ocasionada pela falta de trabalho, compromisso ou alguma atividade programada, que desperta o desejo pelo uso de substâncias psicoativas (CARVALHO *et al.*, 2011).

Segundo resultados deste estudo, dentre os motivos pela busca do tratamento foram externadas as perdas e comorbidades que tiveram devido à dependência química e o reconhecimento de sua impotência. O desejo de recuperar a família que se distanciou por causa do uso de álcool ou outras drogas, o medo de perder o amor da esposa, dos filhos e demais familiares, a perda de bens materiais e do emprego foram o que contribuíram para o desejo de tratamento dos entrevistados no estudo.

O que geralmente acontece no alcoolismo é que os problemas aumentam de acordo com a progressão da doença, obrigando a família a passar por uma reestruturação em virtude das mudanças provocadas por um membro que não atua mais de forma coletiva, e sim em função dele próprio (SOARES *et al.*, 2014).

Em um estudo de caso desenvolvido com uma alcoolista em tratamento e sua família, a alcoolista avalia que os 34 anos de alcoolismo foi um período de grandes perdas familiares e individuais, sendo o isolamento em relação a sua família a perda mais significativa. Ela referiu que a falência das relações familiares e as desconfianças da família são ainda notáveis e reconhece que o convívio está desgastado pelos inúmeros problemas que vivenciaram (SANTOS; SILVA, 2012).

Um aspecto interessante demonstrado nesse estudo, segundo Santos e Silva (2012), é a questão dos diferentes significados e sentidos extraídos da mesma experiência vivida pelo usuário e seus familiares. A alcoolista, ao falar das práticas de cuidado que a família dispensava a ela, relatou que percebe os cuidados como controladores, e não como ações necessárias para preservar sua saúde, em uma etapa da vida em que a dependência já repercutia em problemas sociais, emocionais e clínicos. Para a família era importante estabelecer limites ao comportamento da alcoolista, mas não havia convergência entre a finalidade e a percepção do cuidado. Dessa forma, a família foi ficando com desesperança em relação à abstinência e a fragilização dos laços afetivos foi inevitável, abrindo espaço para os conflitos entre seus membros.

A alcoolista não se reconhece cuidada pelos familiares porque estes não dispensaram a ela carinho, amor e atenção como esperava. Do seu ponto de vista, cuidado está associado com afeto, atenção e estes ela não encontra em sua família. Assim, a preocupação e o envolvimento dos familiares durante toda a evolução do alcoolismo não são reconhecidos pela alcoolista, embora sua mãe e sua filha tenham expressado esse compromisso de ajudar e apoiar. Constata-se, então, um descompasso entre as práticas de cuidado desenvolvidas pelos familiares e o que a alcoolista percebe como sendo cuidado (SANTOS; SILVA, 2012).

Nota-se que os cuidados controladores mencionados no estudo supracitado também apareceram nos projetos dos familiares dos alcoolistas a serem desenvolvidos após a alta hospitalar, como ilustram as falas de F12 e F15. Nesse sentido, ressalta-se a importância dos profissionais de Enfermagem em orientar os familiares do usuário de álcool na perspectiva da política de redução de danos. De acordo com Santos (2015), essa política permite compreender a relação do usuário com o álcool sem demonizar a droga para, então, intervir com o usuário e não por ele, e não focar sobre a droga e o seu controle.

Entende-se que é essencial conhecer como a família se adapta e enfrenta a problemática do uso do álcool no âmbito familiar, como forma de subsidiar estratégias que poderiam ser utilizadas pelos profissionais de enfermagem e de toda a equipe interdisciplinar no suporte e apoio aos familiares e dependentes (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Segundo Braun, Dellazzana-Zanon e Halpern (2014), é possível afirmar que são importantes ações dirigidas à família que têm como base o estímulo e o apoio necessário à construção de projetos voltados à reinserção familiar e social. Entende-se que, por meio da aproximação entre o usuário de álcool e a sua família, o tratamento se torna mais humanizado e viável. Cabe às equipes dos serviços de atenção à saúde acolher e tratar as demandas específicas no âmbito da dependência de álcool e possibilitar maior motivação dos usuários e suas famílias ao tratamento, o que é fundamental para a recuperação e para a prevenção de recaídas.

Salienta-se a importância de os profissionais buscarem cada vez mais capacitação para o atendimento a esse público. As demandas advindas do universo da dependência de álcool são revestidas de complexidades e contrariedades, e o fator tempo deve ser considerado na avaliação de resultados mais efetivos. Para tanto, torna-se fundamental que os profissionais que trabalham com familiares de alcoolistas acreditem na possibilidade de mudança e tenham claro que recomeçar faz parte de um processo contínuo pela busca de transformação e do resgate da autonomia. É preciso ter em mente que o tratamento para o alcoolismo é um processo longo, lento e permeado por altos e baixos (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014).

Santos *et al.* (2016) destacam que a problemática familiar em todas as suas dimensões e particularidades se constitui em uma tarefa complicada, que demanda muitos aprofundamentos. E que os serviços ofertados pelas redes de apoio às famílias ainda são insuficientes, fragmentados e não oferecem atendimento eficiente para as diversas necessidades destas. Assim sendo, é necessária a ênfase em propostas de políticas públicas que possam trabalhar com as famílias e dar suporte aos usuários, não só apoiando-os no tratamento, mas preparando todos os envolvidos para lidarem com as recaídas durante o percurso da recuperação, se assim for necessário.

## 8 O TÍPICO DA AÇÃO DOS FAMILIARES

Buscou-se apreender as motivações dos familiares de alcoolistas residentes no meio rural para captar o significado de suas ações e assim construir o típico da ação desse grupo social.

Na perspectiva da pesquisa em Enfermagem, a partir do conhecimento do típico da ação, é possível ampliar a compreensão do profissional, que pode melhor direcionar suas ações em saúde, a partir da subjetividade dos sujeitos investigados (VIEIRA *et al.*, 2013).

Para Jesus *et al.* (2013), a tipificação tem uma elaboração objetiva e pode ser expressa mediante a linguagem significativa, sendo reconhecida e compreendida por aqueles que vivenciam uma situação semelhante. Destarte, a compreensão que parte das motivações existenciais tem ao mesmo tempo um significado subjetivo e objetivo. Subjetivo porque foi vivenciado pelos atores sociais e objetivo, pois se refere a uma situação concreta, que se mostra significativa e relevante para aqueles que vivenciam o fenômeno investigado.

Porém, para compreender a tipificação é preciso observá-la em sua flexibilidade, uma vez que um determinado *tipo* constitui uma estrutura passível de se romper, se fundir, se dividir, ou seja, está em contínua transformação, de acordo com o desenvolvimento da experiência social. Isso assinala o caráter intersubjetivo de toda tipificação (CASTRO, 2012).

Assim, o típico da ação de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural foi construído a partir das cinco categorias concretas emergidas das entrevistas dos 15 participantes do estudo. Essas categorias constituíram os motivos porque expressos nas experiências vividas dos familiares com o usuário de álcool, disponíveis em seu estoque de conhecimentos, que compunham suas situações biográficas no momento em que ocorreu a pesquisa e os motivos para referentes às suas expectativas com relação ao tratamento do alcoolista.

A partir dos motivos porque foram organizadas as categorias: Aspectos culturais sobre o consumo de álcool no mundo social de familiares de alcoolistas; A relação face a face entre o familiar e o alcoolista: sobrecarga, adoecimento e separação; e Motivos que levaram o familiar a cuidar do usuário de álcool. A partir das experiências como familiar de usuário de álcool, os familiares apontaram casos recorrentes de alcoolismo na família, os efeitos do uso de álcool no comportamento

do alcoolista, os quais prejudicavam o relacionamento entre as pessoas da família, gerando problemas para todo o grupo familiar (sobrecarga, adoecimento físico e psíquico e rompimento das relações), e o cuidado realizado pelo familiar ao alcoolista apoiado no afeto, na responsabilidade sentida pelos laços familiares, pelo fato de entender o alcoolista por também já ter passado por tratamento para o alcoolismo e pelo alcoolista manter uma boa convivência com pessoas da família e da comunidade quando estava sóbrio.

A partir das expectativas dos familiares com relação ao tratamento do alcoolista, manifestadas nos motivos para, emergiram as categorias: Expectativas de que o familiar pare de fazer uso de álcool; e Projetos do familiar do alcoolista a serem executados após a alta hospitalar. Diante disso, os familiares esperavam que o alcoolista parasse de consumir bebidas alcólicas e pensavam sobre o que iriam fazer em relação a ele quando terminasse o período da internação.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo possibilitaram a compreensão da situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural. Os motivos porque, expressados nas experiências vividas pelos participantes do estudo, revelaram a repetição de um histórico de alcoolismo na família e o quadro clínico do alcoolista interferindo de modo negativo nas relações face a face entre os membros da família, trazendo sintomas para todo o grupo familiar, gerando fragilidades, conflitos, adoecimento e distanciamento.

Contudo, mesmo diante das dificuldades enfrentadas na vida no lar junto ao alcoolista, os familiares demonstraram vontade de cuidar dele. O cuidado era dispensado devido aos vínculos de afetividade e apareceu associado à responsabilidade sentida pelos laços familiares, à compreensão da situação vivenciada pelo alcoolista por também já ter passado por um tratamento para alcoolismo e pelo fato de o alcoolista manter uma boa convivência social quando não estava sob o efeito do uso do álcool.

Esta pesquisa também permitiu conhecer as expectativas dos familiares com relação ao tratamento do alcoolista. Manifestadas como motivos para, os familiares contaram que esperavam que o alcoolista mantivesse a abstinência e faziam planos sobre os cuidados a serem tomados após o período de internação. Foram pensadas em várias possibilidades, que envolveram desde o acolhimento do alcoolista em seus lares a projetos voltados para uma perspectiva de controle ou que traduziam o receio de não terem condições de cuidar constantemente dele.

Nessa perspectiva, as experiências ouvidas possibilitaram pensar sobre a atuação da Enfermagem com famílias em um contexto do alcoolismo no meio rural, com alicerce na sociologia fenomenológica, que remete ao cuidado pautado na relação face a face, em que os profissionais buscam compreender a situação biográfica dos indivíduos e suas motivações.

Foi confirmada a necessidade de ampliação do cuidado visando ao suporte aos familiares de usuários de álcool por meio de um olhar que focalize o seu mundo da vida cotidiana. É importante contribuir no sentido de favorecer a participação da família no cuidado e fortalecê-la para enfrentar as dificuldades nas interações familiares oriundas da dependência de álcool e a continuação de relações face a face saudáveis.

Nesse prisma, as narrativas dos familiares me fizeram refletir sobre o meu compromisso não só em termos de pesquisa, mas também de ensino e extensão. Eu me questioneei sobre como favorecer a participação dos familiares de usuários de álcool no cuidado e como levar o estudante de graduação em Enfermagem a perceber que precisamos favorecer ou a entender a família no cuidado, inclusive no cenário do meio rural.

Para tanto, entendo que é importante preparar os estudantes para serem enfermeiros que atuem em diversos cenários da prática e tornem os familiares ativos no processo terapêutico e na tomada de decisão, e não que decida de maneira prescritiva sobre os aspectos de saúde do indivíduo como é comum acontecer no cotidiano da prática de muitos profissionais de Enfermagem.

Trabalhar a respeito do alcoolismo no contexto familiar no meio rural requer compreender como no mundo da vida cotidiana acontecem as relações e interações entre o usuário de álcool e seus familiares e como esses indivíduos agem diante do que estão vivendo. Nessa direção, provocar a reflexão no estudante sobre essa ótica, levando em consideração o cuidado da família como um todo, requer que ele esteja junto com essa família, que ouça seus membros, estabeleça uma relação face a face, conheça suas situações biográficas e suas motivações.

Destarte, é importante propiciar aos estudantes vivências na graduação a partir de atividades de inserção no ambiente hospitalar e na comunidade, abrangendo o meio rural, que possibilitem a escuta da família, pois propiciará que ela narre e que os estudantes se sensibilizem. Ao narrar as suas vivências, a família trará elementos de crença, de valores, de como ela acredita, como age diante da situação e quais são as suas expectativas.

Por meio da narrativa de familiares que vivenciaram o processo de sofrimento e doença diante do alcoolismo, os estudantes podem se sensibilizar por favorecer a aproximação com as experiências dos familiares, facilitando o aprendizado e gerando reflexão sobre a prática com a família.

O convite para a família de narrar sobre sua situação biográfica e suas motivações é um modo de ajudá-la a se voltar para suas próprias experiências, em um ato específico de reflexão, dando significados as suas próprias vivências. Ao fazer isso com os estudantes, além de garantir que tenham o acesso a essas informações, a reflexão possibilita aos familiares que eles possam ressignificar porque o fato de

narrar é terapêutico. Narrar uma situação faz com que os familiares a interpretem e elaborem o processo, projetando suas ações no mundo da vida cotidiana.

Nesse contexto, cuidar de familiares de usuários de álcool e oportunizar ao estudante o contato com essa realidade possibilita que ele esteja mais sensibilizado e motivado. Nesse sentido, é fundamental avançar o olhar no ensino de graduação para a formação do enfermeiro para o cuidado à família, proporcionar ao estudante um ambiente que os familiares narrem as suas experiências, inseri-lo no contexto familiar possibilitando maior envolvimento com a dinâmica familiar e melhor entendimento da relação saúde e doença na realidade de cada família, criar espaços para que os estudantes e os professores olhem para suas próprias situações biográficas, discutir sobre as concepções conceituais de família, visto que ampliam as possibilidades de intervir com famílias e modificar o nosso agir, encorajar os estudantes a refletir sobre as vivências vividas, estimular nos grupos de pesquisa os estudos que envolvem a família, fortalecer referenciais teóricos e metodológicos para o trabalho com família, como o da sociologia fenomenológica, e contribuir com o avanço de publicações para difusão de conhecimento e translação do conhecimento.

Considero que este trabalho, além de possibilitar reflexões sobre a prática docente de Enfermagem, é relevante por permitir a ampliação do olhar de diversos atores sociais sobre a temática investigada, contribuindo para o conhecimento e a reflexão de estudantes e profissionais no contexto teórico e prático para atuação na rede de atenção à saúde com familiares de alcoolistas no cenário do meio rural. Assim, espero que o estudo venha fortalecer a compreensão da importância de tencionar o cuidado a esse público, favorecendo práticas que venham ao encontro da efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

Esta investigação teve como limitação o tempo disponível para a realização das entrevistas, pois a coleta de informações ocorreu no horário restrito para visita familiar na unidade de internação psiquiátrica.

Como esta pesquisa foi desenvolvida com os familiares dos usuários de álcool, sugiro investigações que ampliem esse público, levando em consideração a perspectiva dos próprios alcoolistas e dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado, uma vez que possibilitaria uma associação de informações efetiva viabilizando uma interpretação mais extensa sobre as situações biográficas e o típico da ação dos indivíduos envolvendo a temática do alcoolismo no meio rural.



## REFERÊNCIAS

ALCHIERI, Carine Cláudia et al. Percepções de alcoolistas residentes no meio rural sobre o alcoolismo: suas causas e consequências. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, v. 9, n. 9, p. 14-29, 2013. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/viewFile/877/1657>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

ARAÚJO JUNIOR, Miguel Etinger de; DMITRUK, Erika Juliana; MOURA, João Carlos da Cunha. A Lei do Babaçu Livre: uma estratégia para a regulamentação e a proteção da atividade das quebradeiras de coco no Estado do Maranhão. **Seqüência**, Florianópolis, n. 68, p. 129-157, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552014000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552014000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ARAÚJO, Maria Nalva Rodrigues de. Educação de jovens e adultos (EJA). In: CALDART et al. (Orgs.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 250-257.

BASTOS, Francisco Inácio; REIS, Neilane Bertoni dos. Epidemiologia do uso de drogas no Brasil. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: SENAD-Ministério da Justiça/NUTE-UFSC, 2014. p. 105-121.

BECK JÚNIOR, Aldo; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Dependência do crack: repercussões para o usuário e a sua família. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 60-79, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.uninter.com/web/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/83/79>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Decreto n. 6117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em: 13 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 28 nov. 1938. Disponível em: <<https://www>>.

planalto.gov.br/ccivil\_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm>. Acesso em: 13 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 13 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.326, de 24 de julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11326.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11326.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2011a. Seção 1, p. 251. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 6 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013c. Seção 1, p. 59. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 6 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e ações nacionais**. Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Ideal Gráfica e Editora, 2011b.

BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; HALPERN, Silvia C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 122-140, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a10.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRUMER, Anita. As perspectivas dos jovens agricultores familiares no início do século XXI. In: RENK, Arlene; DORIGON, Clovis (Orgs.). **Juventude rural, cultura e mudança social**. Chapecó: Argos, 2014. p. 115-138.

CAMATTA, Márcio Wagner. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. 2010. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

\_\_\_\_\_; WETZEL, Christine; SCHNEIDER, Jacó Fernando. User's expectations with regard to mental health actions: a phenomenological study. **Online Brazilian Journal Nursing**, v. 11, no. 3, p. 668-682, dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_22.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2013.

CANABRAVA, Danielly de Souza et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 170-176, jan./mar. 2010. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CAPALBO, Creusa. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz**. Londrina: Editora UEL, 1998.

CARVALHO, Flávia Regina Mendes et al. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação.

**Colombia Medica**, v. 42, n. 2, (Supl. 1), abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf?rc11040>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

CASTRO, Fábio Fonseca de. A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 48, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2012. Disponível em: <[http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/csu.2012.48.1.06/839](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/csu.2012.48.1.06/839)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, Ileno Izídio da. O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 46-65.

DIAS, Reinaldo. A família. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Introdução à sociologia**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010. p. 247-255.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 139-144.

DORIGON, Clovis; RENK, Arlene. Juventude rural e reconversão produtiva rumo a produtos de qualidade diferenciada. In: RENK, Arlene; DORIGON, Clovis (Orgs.). **Juventude rural, cultura e mudança social**. Chapecó: Argos, 2014. p. 35-76.

DUARTE, Cláudio Elias; MORIHISA, Rogério Shigueo. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2011. p. 41-52.

ELSEN, Ingrid et al. A imagem da enfermagem com famílias: um encontro com a realidade brasileira. In: ELSEN, Ingrid et al. (Orgs.). **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Papa Livro, 2016. p. 449-471.

FAVARO, Cláudio; FIGUEIREDO, Clarissa Bastos Frota. Complicações clínicas comuns em dependentes químicos. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 461-477.

FERRABOLI, Cynthia Raquel et al. Alcoolismo e dinâmica familiar: sentimentos manifestos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1555-1563, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27245/pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

FERREIRA-FILHA, Maria de Oliveira et al. O alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 26-35, jan./fev. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980005.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 615-621, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

GARCIA, Jairo José; PILLON; Sandra Cristina; SANTOS, Manoel Antônio dos. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. esp., p. 753-761, maio/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/13.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, W. Martin; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 64-89.

GIDDENS, Anthony. Famílias e relacionamentos íntimos. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Sociologia**. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. p. 240-277.

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. **Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer**. 2009. 217 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

\_\_\_\_\_ et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 830-838, jan./mar. 2015. Disponível em: <[http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf\\_303](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf_303)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

\_\_\_\_\_ et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

\_\_\_\_\_ et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto Contexto Enfermagem**,

Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/08.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

HECK, Rita Maria et al. Ferramentas metodológicas de trabalho da enfermagem na investigação do sistema de cuidado em famílias rurais. In: ELSEN, Ingrid et al. (Orgs.). **Enfermagem com famílias**: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa Livro, 2016. p. 417-431.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOSPITAL REGIONAL DE PALMITOS. **Instituição e serviços**. 2017. Disponível em: <<http://www.hospitalpalmitos.com.br/>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

\_\_\_\_\_. **IBGE Cidades@**. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=421210&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 736-741, maio/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78019/82014>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato et al. Abuso da bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 22-30, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0022.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

LOURENÇO, Sofia Trigo Vaz; FERNANDES, Otilia Monteiro. “O Álcool entre Nós”: impacto do consumo de álcool no casal. **Revista CES Psicologia**, Medellín, v. 4, n. 2, p. 15-28, jul./dic. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539528003.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MACHINESKI, Gicelle Galvan. **O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil**. 2011. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 203-214, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 149-154, jan./fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100149](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100149)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MARIUZZO, Patrícia. Quebrando coco, rompendo paradigmas. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 65, n. 3, p. 60-62, jul. 2013. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252013000300020&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252013000300020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-444, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/15.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MARTINS, Maria Manuela; FERNANDES, Carla Sílvia; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 685-690, jul./ago. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 567-572, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a18v15n3.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

NASCIMENTO, Larissa Tiburcio Rodrigues do; SOUZA, Jacqueline de; GAINO, Loraine Vivian. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 834-841, jul./set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt\\_0104-0707-tce-2015003610013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-2015003610013.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

NASI, Cíntia. **As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial**. 2011. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

\_\_\_\_\_; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/v45n5a18.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2013.

PEREIRA, Vagna Cristina Leite da Silva et al. Sofrimento psíquico em adolescentes que vivenciam alteração da dinâmica familiar em consequência do alcoolismo. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 838-844, nov./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21629/16202>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

REIS, Helca Franciulli Teixeira; MOREIRA, Thais Oliveira. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1115-1123, out./dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400030)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

REZENDE, Elton Pereira; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Substâncias psicoativas: emergências psiquiátricas. In: BOTEGA, José Neury (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 383-410.

SANTOS, Alessandro Marques dos; SILVA, Mara Regina Santos da. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 364-371, mar./abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200014)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SANTOS, Daniel Araújo dos. Redução de danos como ética do cuidado. In: CONTE, Marta (Org.). **Caiu na rede mas não é peixe: vulnerabilidades sociais e desafios para a integralidade**. Porto Alegre: Pacartes, 2015. p. 143-153.

SANTOS, José Elias dos et al. A inserção da família na recuperação do usuário de álcool. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, Vassouras, v. 6, n. 1/2, p. 41-44, jan./dez. 2016. Disponível em: <<http://editorauss.uss.br/index.php/RFEU/article/view/631/pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

SCHNEIDER, Jacó Fernando. **Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: Edunioeste, 2001.

SCHUTZ, Alfred. **El problema de la realidad social: escritos I**. 3. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2015.

\_\_\_\_\_. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHWARTZ, Eda et al. A vulnerabilidade das famílias rurais do extremo sul do Brasil. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Anais eletrônicos...** Porto: Ludomedia, 2016. p. 722-727. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/816/802>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

SENA, Edite Lago da Silva et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a13v20n2.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.



SILVA, Bruno Pereira et al. Interface dos aspectos familiares e o uso de álcool em estudantes de enfermagem: Fatores de proteção e risco. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Anais eletrônicos...** Porto: Ludomedia, 2016. p. 338-347. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/770/757>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

SILVA, Cleonice Maria Poletto da et al. A convivência do familiar com a pessoa alcoolista no espaço doméstico. **Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 43-45, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contexto esaude/article/view/1501/1262>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SILVA, Luiz Henrique Prado da et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 585-590, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SILVA, Nair Chase da; GIOVANELLA, Ligia; MAINBOURG, Evelyne Marie Therese. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SILVA, Vitor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 267-285, dez. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272013000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272013000100008)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SIQUEIRA, Daiana Foggiato de et al. Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 248-254, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23518/18465>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SOARES, Janaina Rocha et al. A importância da família no processo de prevenção da recaída no alcoolismo. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 341-346, maio/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13691/10482>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SORDI, Anne Orgler; KREISCHE, Fernanda; DIEMEN, Lisia von. Álcool. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas**: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD, 2012. p. 27-47.

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. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1335-1360, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01335.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SOUZA, Márcio Nicory Costa. Algumas considerações sobre a sociologia de Alfred Schutz. **Em Tese**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 1-26, jan./jul. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/1806-5023.2012v9n1p1/23492>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

TEIXEIRA, Edvan Plácido et al. O enfrentamento da família diante do alcoolismo. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 11, n. 3, p. 213-226, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/272/312>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

TOCANTINS, Florence Romijn. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde**: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz. 1993. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

\_\_\_\_\_; SOUZA, Elvira de Felice. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. esp, p. 143-159, jul. 1997.

TONDOWSKI, Cláudia Silveira et al. Padrões intergeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo baseado em genogramas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 806-814, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18832649021>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TRAD, Leny A. Bomfim. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-50.

TRAD, Sérgio. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 179-197.

VIDEBECK, Sheila L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Fenomenologia social: análise da produção acadêmica de pós-graduação em enfermagem, Brasil, 1979-2010. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 652-660, out./dez. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2288/pdf\\_964](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2288/pdf_964)>. Acesso em: 6 mar. 2017.

WILLHELM, Alice Rodrigues et al. Consumo de álcool na adolescência e relação com uso excessivo de bebidas alcoólicas dos pais: estudantes de quatro escolas de Porto Alegre. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 2, p. 208-216, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/18129/13349>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

WUNSCH, Simone et al. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 533-538, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0533.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

ZEFERINO, Maria Terezinha; CARRARO, Telma Elisa. Alfred Schutz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 826-834, jul./set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300032)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Código da entrevista:
- Sexo:
- Idade:
- Escolaridade:
- Procedência:
- Tipo de trabalho que desenvolve:
- Renda média:
- Grau de parentesco com o usuário de álcool:
- Histórico familiar de uso de álcool:
- Quem ajuda a família quando enfrenta alguma situação relacionada à saúde mental do seu familiar usuário de álcool:

#### QUESTÕES ABERTAS:

- Conte-me sobre suas experiências vividas como familiar de usuário de álcool.
- O que você espera com relação ao tratamento de seu familiar?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O FAMILIAR DO USUÁRIO DE ÁLCOOL



### GABINETE DO REITOR COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de doutorado em enfermagem intitulada “Situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural: perspectiva da sociologia fenomenológica”, que fará uma entrevista, tendo como objetivo geral compreender a situação biográfica de familiares de usuários de álcool no meio rural e como objetivos específicos conhecer as expectativas dos familiares com o tratamento em uma unidade de internação psiquiátrica e descrever o típico da ação de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural. Serão previamente marcados a data e horário para realização das perguntas utilizando entrevista. Esta entrevista será realizada em uma sala na Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos. Não é obrigatório responder a todas as perguntas.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por envolver algum tipo de desconforto ou constrangimento quanto à condição de vulnerabilidade emocional, por motivo do membro familiar usuário de álcool. Para minimizar esses riscos informamos que o(a) senhor(a) não precisará responder a todas as perguntas e se quiser poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento. Salientamos, também, que a entrevista será realizada em uma sala fechada e individualizada da Unidade de Saúde Mental, de modo que o(a) senhor(a) não será exposto e será preservado o sigilo e sua privacidade.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado pelo grau de parentesco que tem com o familiar usuário de álcool seguido de um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão contribuições que você trará para o conhecimento da comunidade científica sobre as experiências de famílias de usuários de álcool residentes no meio rural, o que possibilitará uma reflexão sobre futuras intervenções que possam favorecer o tratamento e a melhoria em saúde.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão: Andréa Noeremberg Guimarães (estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem Interinstitucional entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade do Estado de Santa Catarina – UFRGS/UDESC) e o professor orientador Jacó Fernando Schneider.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Andréa Noeremberg Guimarães

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 3329-0918

ENDEREÇO: Rua Sete de Setembro, 91D, Centro, Chapecó, Santa Catarina

ASSINATURA DO PESQUISADOR

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC – 88035-001 –

Fone/Fax: (48) 3321-8195

E-mail: cepesh.reitoria@udesc.br

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º

andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF – CEP: 70750-521 – Fone: (61)

3315-5878/5879 – e-mail: conep@saude.gov.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES



**GABINETE DO REITOR  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH**

### **CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES**

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “Situação biográfica de familiares usuários de álcool residentes no meio rural: perspectiva da sociologia fenomenológica”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

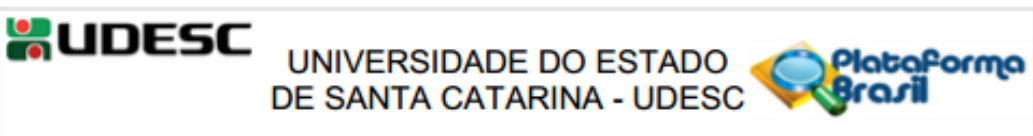
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito Pesquisado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito Pesquisado

## ANEXO

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>
<p><b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL RESIDENTES NO MEIO RURAL: perspectiva da Sociologia Fenomenológica</p> <p><b>Pesquisador:</b> Andréa Noeremberg Guimarães</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 2</p> <p><b>CAAE:</b> 46608015.6.0000.0118</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p> <p><b>DADOS DO PARECER</b></p> <p><b>Número do Parecer:</b> 1.169.083</p> <p><b>Data da Relatoria:</b> 03/08/2015</p> <p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Curso de Doutorado Interinstitucional envolvendo o Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior do Oeste, da Universidade do Estado de Santa Catarina.</p> <p>O projeto é adequadamente apresentado e atende às resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O texto é claro, objetivo e inclui todas as informações necessárias para sua apreciação. Pesquisa qualitativa, com abordagem da sociologia fenomenológica.</p> <p>Participantes da pesquisa: 20 indivíduos. Financiamento próprio. Início do estudo: 18/08/2015 e término em 31/05/2017, sendo que o período da coleta dos dados acontecerá 18/08/2015 até 29/12/2015.</p> <p><b>Objetivo da Pesquisa:</b></p> <p><b>Objetivo Primário:</b> Compreender a situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural.</p> <p><b>Objetivos Secundários:</b> - Conhecer as expectativas dos familiares com o tratamento em uma unidade de internação psiquiátrica; - Descrever o típico da ação de familiares de usuários de</p>
<p><b>Endereço:</b> Av. Madre Benvenuta, 2007</p> <p><b>Bairro:</b> Itacorubi <b>CEP:</b> 88.035-001</p> <p><b>UF:</b> SC <b>Município:</b> FLORIANOPOLIS</p> <p><b>Telefone:</b> (48)3321-8195 <b>Fax:</b> (48)3321-8195 <b>E-mail:</b> cepsh.reitoria@udesc.br</p>
Página 01 de 04





UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.169.083

álcool residentes no meio rural.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora classifica o estudo como tendo riscos mínimos, pelo fato dos procedimentos de entrevista poderem gerar algum tipo de desconforto ou constrangimento quanto à condição de vulnerabilidade emocional, por motivo do membro familiar usuário de álcool. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora garante que o participante não precisará responder a todas as perguntas e que poderá se retirar da pesquisa em qualquer momento. A entrevista será realizada em uma sala fechada e individualizada, dentro do hospital, de modo que o participante não será exposto. Serão preservados o anonimato e a privacidade dos mesmos.

Como benefícios, a pesquisadora afirma que os resultados deste estudo poderão servir de subsídios a profissionais que atuam na área de saúde mental a refletirem sobre suas práticas e propor tecnologias de cuidado que contribuam para o atendimento aos usuários de álcool e seus familiares residentes no cenário rural. Além disso, este estudo poderá suscitar reflexões acerca da organização dos serviços voltados para a saúde mental no meio rural.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Curso de Doutorado Interinstitucional envolvendo o Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior do Oeste, da Universidade do Estado de Santa Catarina. Nesta versão, consta o nome do orientador Dr<sup>o</sup> Jacó Fernando Schneider, como membro da equipe de pesquisa. Tem-se como objetivo geral compreender a situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural. Será realizado na Unidade de Saúde Mental do Hospital Regional de Palmitos, em Santa Catarina, que se configura como uma unidade de internação de pessoas com diferentes sofrimentos psíquicos inclusive devido ao uso de álcool e outras drogas. Os participantes deste estudo serão 20 familiares de usuários de álcool, maiores de 18 anos, residentes no meio rural e na mesma casa que o usuário de álcool, e que acompanhem o usuário de álcool nas visitas de familiares durante a internação. Os critérios de exclusão para participar da pesquisa serão: familiar que não tiver condições de verbalização e que se mostrar abalado emocionalmente ao falar do tema. As informações serão coletadas por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro composto de dados de identificação e as questões abertas: "conte -me sobre suas experiências vividas como familiar de usuário de álcool" e "o que você espera com relação ao tratamento de seu familiar?" As entrevistas serão gravadas em gravador digital e depois transcritas na íntegra. Não haverá acesso aos prontuários.

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.169.083

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto encontra-se em anexo, devidamente assinada pelo responsável pela instituição proponente (Centro de Educação Superior do Oeste/UDESC). Também é apresentada a declaração da instituição envolvida, com assinatura e carimbo do presidente do Hospital Regional de Palmitos. O TCLE apresenta identificação adequada e os itens necessários para o esclarecimento dos procedimentos do estudo aos participantes. Anexada o instrumento para a coleta dos dados. Apresenta a Declaração para o Consentimento de uso de fotos, vídeos e gravações.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Como recomendado, o nome do professor orientador foi inserido como membro da equipe de pesquisa no campo específico do projeto básico.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPESH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPESH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPESH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPESH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.169.083

FLORIANOPOLIS, 04 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**  
**Bernadette Kreutz Erdtmann**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: [cepsh.reitoria@udesc.br](mailto:cepsh.reitoria@udesc.br)