



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Fábio Becker Pires

**PROJETOS DE VIDA E RECORRÊNCIA DE RECAÍDA
NA TRAJETÓRIA DE PACIENTES DEPENDENTES DE
ÁLCOOL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof^ª. Dra. Daniela Ribeiro Schneider

Florianópolis
2011

**Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da Universidade Federal de Santa Catarina**

P667p Pires, Fábio Becker

Projetos de vida e recorrência de
recaída na trajetória de pacientes
dependentes de álcool [dissertação]
/Fábio Becker Pires ; orientadora,
Daniela Ribeiro Schneider. -
Florianópolis, SC, 2011.
212 p.: il., graf.

Dissertação (mestrado) -
Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas.
Programa de Pós-graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Alcoolismo. 3.
Reincidência. 4. Pesquisa Qualitativa. I.
Schneider, Daniela Ribeiro. II.
Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

CDU 159.9

Fábio Becker Pires

*Projetos de vida e recorrência de recaída na trajetória de
pacientes dependentes de álcool*

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2011.

Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora – PPGP/UFSC)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP/UFSC - Orientadora)

Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP/UFSC – Examinadora)

Dr. Marcelo Sodelli
(UNIFESP – Examinador)

Dr. Jonas Salomão Sprícigo
(PEN/UFSC – Examinador)

Dra. Ariane Kuhnen
(PPGP/UFSC - suplente)

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dra. Daniela Ribeiro Schneider, pela orientação e oportunidades de troca e aprendizado.

Aos membros da banca examinadora, por sua disponibilidade.

À Universidade Federal de Santa Maria, pela licença e pelo investimento, sem o que seria inviável a realização deste curso de Mestrado.

À minha esposa Camila, pelo incentivo a começar e pelo apoio para atravessar não apenas um trabalho acadêmico, mas uma experiência muito enriquecedora em minha vida.

Resumo

Título: Recorrência de recaída em pacientes dependentes de álcool.

A dependência de álcool atinge cerca de 10% da população brasileira e é problema de difícil tratamento. A revisão da literatura indica hegemonia da perspectiva biomédica na pesquisa sobre o tema, predominando a concepção de dependência como doença orgânica e modelos de tratamento baseados em farmacoterapia e psicoterapia breve comportamental-cognitiva, voltados à abstinência e prevenção de recaída, a despeito das pesquisas que indicam pouca eficácia destes. A contribuição das ciências sociais tem sido pouco considerada, mesmo com pesquisas apontando a importância do contexto, da história de vida e das interações sociais para a recuperação. Partindo de referencial antropológico, entende-se que o sujeito faz suas escolhas de ação em função de seus projetos de vida e dos sentidos que atribui às suas experiências, ao longo de um processo de interação dialética com o meio em que se insere, construindo sua trajetória existencial. Compreender como se produzem as trajetórias dos dependentes pode fornecer subsídios para aprimorar os tratamentos oferecidos. Este estudo é retrospectivo, transversal, descritivo e exploratório; e buscou compreender a relação entre os projetos de vida e a recorrência de recaídas na trajetória de pessoas dependentes de álcool. Foram revisados os prontuários de todos os internados em unidade hospitalar especializada ao longo de um ano, traçando um perfil da população atendida quanto a sexo, idade, número de internações e aspectos psicossociais, para fins de contextualização. Também foram realizadas entrevistas semidirigidas com dependentes de álcool internados, voltadas à identificação dos sentidos das experiências de tratamento e de recaída e à descrição dos projetos de vida subjacentes às trajetórias dos indivíduos. As transcrições das entrevistas foram submetidas à codificação e análise qualitativa de conteúdo, seguindo a proposta da Teoria Fundamentada nos Dados (Charmaz, 2009; Strauss & Corbin, 2008).

Palavras-chave: alcoolismo, recaída, pesquisa qualitativa.

Abstract

Title: Recurrence of relapse in alcohol-dependent patients.

Alcohol dependence affects nearly 10% of the Brazilian population and it is difficult to treat. The literature indicates hegemony of the biomedical perspective in research on the subject, with a prevailing conception of addiction as an organic disease and treatment models based on pharmacotherapy and cognitive-behavioral psychotherapy, focused on abstinence and relapse prevention, despite studies that indicate low efficacy of such treatments. The contribution of social sciences has been little considered, even with studies pointing to the importance of context, life history and social interactions for recovery. Based on an anthropological reference, it is considered that people make their choices and act according to their life projects and the meanings they attribute to their experiences over a process of dialectical interaction with the environment, building their existential trajectory. Understand how these trajectories are produced may provide means to improve the treatments currently offered. This is a retrospective cross-sectional descriptive and exploratory study, and aimed to understand the relationship between life projects and recurrence of relapse in the history of people dependent on alcohol. Charts of all patients admitted in a specialized hospital unit over a year have been reviewed, establishing a profile of this population by gender, age, number of hospitalizations and psychosocial aspects, for purposes of contextualization. Semi-structured interviews with alcohol-dependent inpatients has been conducted, aimed at identifying the meanings of treatment and relapse experiences, and the description of life projects underlying the trajectories of individuals. The transcripts of the interviews were coded and analyzed following the proposal of Grounded Theory (Charmaz, 2009; Strauss & Corbin, 2008).

Keywords: alcoholism, relapse, qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Total de internações dos pacientes	P. 71
Figura 2	Quadro das categorias e subcategorias	P. 76

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição de artigos por referencial teórico.	P. 40
Tabela 02	Distribuição de artigos por abordagem metodológica.	P.40
Tabela 03	Número de artigos por descritor e por tipo de publicação.	P.41
Tabela 04	Distribuição das internações em função das substâncias de abuso.	P.66
Tabela 05	Acompanhamento na vinda ao hospital	P.67
Tabela 06	Origem da demanda	P.67
Tabela 07	Situação conjugal	P.68
Tabela 08	Moradia fixa	P.68
Tabela 09	Modalidade de moradia	P.68
Tabela 10	Trabalho	P.69
Tabela 11	Encaminhamento pós-alta	P.70
Tabela 12	Outras hipóteses diagnósticas registrados	P.70
Tabela 13	Tempo de internação (em dias)	P.72
Tabela 14	Internações e moradia fixa	P.72
Tabela 15	Internações e modalidade de moradia	P.73
Tabela 16	Internações e situação conjugal	P.74
Tabela 17	Internações e Trabalho	P.74
Tabela 18	Idades atuais dos participantes e idades de início de uso e abuso (em anos).	P.87

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	15
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1. CONCEPÇÕES DE SAÚDE.....	16
3.1.1. O modelo biomédico.....	16
3.1.2. Psicologia da saúde.....	18
3.2. ÁLCOOL, DROGAS E PROBLEMAS DE SAÚDE.....	23
3.2.1. A política de atenção e o impacto do uso de álcool sobre a saúde pública.....	23
3.2.2. O estudo do alcoolismo: percurso histórico e contribuições diversas.....	27
3.2.3. Os tratamentos e o problema da recaída.....	35
3.3. A PESQUISA SOBRE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E RECAÍDA – PROBLEMAS ATUAIS.....	41
3.3.1. Pesquisas recentes sobre o problema da recaída.....	41
3.3.2. Discussões teóricas: Pesquisa experimental e avaliações da eficácia dos tratamentos.....	44
3.3.3. Concepções de saúde e o olhar sobre a recaída.....	51
3.4. INTEGRALIDADE E SUJEITO: UM OLHAR ANTROPOLÓGICO VOLTADO AO ESTUDO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL.....	55
4. MÉTODO.....	61
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	61
4.2. LOCAL.....	61
4.3. PARTICIPANTES.....	62
4.4. COLETA DE DADOS.....	62
4.5. CODIFICAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	64
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	67
5. RESULTADOS E ANÁLISE PRELIMINAR.....	68
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	78
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	176
REFERÊNCIAS.....	190
ANEXO A – Termo de consentimento.....	208
ANEXO B – Roteiro de entrevista	209

1. Introdução

As pesquisas e práticas de intervenção em saúde têm se desenvolvido atreladas aos avanços da biologia e da medicina. Desde o século XIX, com os bacteriologistas, até atualmente, com os avanços da genética e das neurociências, focaliza-se cada vez mais a doença, em detrimento da atitude clínica dirigida a um sujeito que sofre. A preocupação pragmática de êxito no combate e prevenção de doenças levou à crescente fragmentação e especialização do olhar dirigido ao corpo, que busca identificar o substrato orgânico e a causa de cada moléstia, gerando, através da investigação empírica, explicações generalizáveis sobre a etiologia e sobre a cura da doença.

Consolidou-se assim uma tradição científica positivista, que deduz a definição de saúde em função da doença, e à qual se convencionou chamar de *modelo biomédico*. Reconhecidos os avanços científicos que esse modelo tem proporcionado, são crescentes, no entanto, as críticas dirigidas às práticas e às pesquisas para as quais serve de base. Questiona-se a atenção fragmentada em especialidades atentas às minúcias fisiológicas das patologias de cada órgão ou função, porém cada vez mais distantes da atenção a um sujeito concreto. No plano teórico, as críticas dirigem-se à definição de saúde como ausência de doença e à busca de neutralidade e objetividade, por vezes incompatíveis com a complexidade dos fenômenos em questão, bem como à produção de conhecimento sobre a saúde sem considerar o ponto de vista da pessoa adoecida e sem levar em conta outros aspectos que não os biológicos.

Nesse contexto, a OMS propõe um conceito de saúde mais amplo, definido por um completo bem-estar físico, mental e social. Essa proposição é um movimento importante no sentido de assimilar contribuições das ciências sociais, principalmente antropologia, e da psicologia, que acumulam conhecimento sobre aspectos sociais e psicológicos do processo de saúde-adoecimento. No entanto, este *modelo biopsicossocial* não chega a realizar uma ruptura com o modelo biomédico: ao invés de promover um corte epistemológico para pensar a saúde como fenômeno multideterminado, a noção de biopsicossocial acomoda-se à lógica biomédica, limitando-se ao acréscimo de fatores psicológicos e sociais à mesma equação etiológica.

O modelo biopsicossocial, portanto, mantém uma definição “negativa” de saúde, definindo-a a partir da ausência de doença orgânica, de psicopatologia e de desvio social. Uma definição utópica –

nada mais distante da realidade do que um estado de completa ausência de problemas de saúde e de sofrimento. A partir desta crítica, desenvolvem-se novas proposições, no sentido de definir a saúde a partir de um caráter dinâmico, não mais como um estado estático do corpo, mas como um processo, o qual inclui os movimentos de adoecer e recuperar-se, instituindo novas normas de vida tão favoráveis quanto possível, diante das circunstâncias. Atualmente, a noção de integralidade, resgatando o olhar clínico sobre um sujeito concreto dentro de um contexto específico, evitando fragmentações da atenção, torna-se princípio fundamental do sistema público de saúde no Brasil.

Nesta perspectiva, ganha força outra postura epistemológica, dita *construtivista*, voltada à compreensão da experiência de vida e do papel social do indivíduo que adoece e sofre, tomando-o como protagonista da produção do saber sobre a saúde, e não apenas como objeto passivo da investigação e da intervenção do técnico. Amplia-se a participação das ciências sociais e da psicologia na área da saúde: as primeiras, explorando a intersubjetividade e os aspectos culturais e do adoecimento e das relações de cura; a última, investigando a experiência do indivíduo que adoece e os fatores psicológicos relacionados às doenças, bem como intervindo clinicamente.

No caso da psicologia, o conjunto de práticas e estudos começa a delinear o campo de uma Psicologia da Saúde, bastante pulverizado e heterogêneo, em que convivem estas duas formas epistemológicas básicas – biomédica e construtivista. Inicialmente marcada pelo referencial comportamental e cognitivo, a psicologia da saúde enfatiza a conscientização do indivíduo e modificação de comportamentos de risco ou prejudiciais à saúde, por vezes colocando a psicologia como força disciplinadora a impor determinadas condutas e crenças, a serviço das prescrições e tratamentos médicos. Por outro lado, há também estudos que se aproximam das ciências sociais, enfatizando o contexto, a história e as interações do indivíduo com seu meio.

As teorias críticas do modelo biomédico serviram de base à elaboração das políticas de saúde mental no Brasil, incluindo a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Esta política surge respondendo à constatação do grande impacto do uso de álcool enquanto problema de saúde pública, e também como crítica às limitações do tipo de atenção até então praticado em serviços de saúde que atendiam usuários de drogas. A política afirma a noção de integralidade em saúde, orientando os serviços a não praticarem uma atenção fragmentada em especialidades que atendem isoladamente cada

aspecto do problema, mas sim, articularem ações voltadas a um sujeito concreto que sofre, cujo problema é determinado por uma multiplicidade de fatores dentro de certo contexto.

Há amplo reconhecimento dos danos e riscos associados ao consumo de álcool, desde acidentes e conflitos em função de intoxicações leves e eventuais, até a dependência. Também é reconhecida a dificuldade de tratamento da dependência de álcool, em geral um processo com muitos reveses, sendo a ocorrência de recaída no consumo uma questão desafiante na clínica e objeto de várias pesquisas. Porém, a revisão de literatura sobre dependência de álcool indica que, nas pesquisas recentes, tanto internacionais quanto nacionais, predomina uma perspectiva biomédica, distante da visão apresentada na política de atenção integral.

A dependência de álcool é, em geral, definida como uma doença, uma entidade patológica de que o indivíduo é portador e para a qual não há cura, existindo apenas a possibilidade de controle. Há estudos genéticos, neurológicos e bioquímicos que buscam encontrar um substrato orgânico preciso e uma causalidade biológica para a dependência de álcool. Os resultados têm apontado para o caráter multideterminado do fenômeno, que parece desenvolver-se em uma complexa interação de fatores. Há também teorias psicológicas que descrevem a dependência de álcool como determinada por processos cognitivos disfuncionais ou como resultante de aprendizado e condicionamento.

Teorias cognitivas e comportamentais têm sido apropriadas por médicos e psicólogos, utilizadas na pesquisa e na intervenção biomédica sobre a dependência. Desse modo, predomina ainda uma concepção de dependência enquanto problema intrínseco ao indivíduo, determinado por fatores internos (biológicos e psicológicos), sendo que aspectos sociais são considerados apenas na medida em que podem ser interpretados como estímulos ambientais que reforçam ou inibem comportamentos, ou que suscitam cognições funcionais ou disfuncionais.

Conseqüentemente, as propostas de tratamento baseiam-se na mudança do comportamento patológico (beber) e na manutenção do comportamento desejado (abstinência). Busca-se corrigir o comportamento a partir da modificação de crenças, expectativas e outros processos cognitivos disfuncionais em relação ao beber, e/ou através de mecanismos comportamentais de reforçamento. Após a intervenção clínica pontual para estabelecer a abstinência, é prescrita uma estratégia

de prevenção de recaída, que visa estruturar o cotidiano do sujeito, de modo que ele evite exposição a lugares, pessoas e situações que lhe despertem desejo de beber. Estas intervenções baseiam-se em psicoterapias breves de base comportamental-cognitiva e no uso de medicamentos que controlem sintomas psíquicos (ansiedade, fissura) e modifiquem funções neuroquímicas associadas aos efeitos do álcool, de modo a facilitar a manutenção da abstinência.

Vários estudos têm sido empreendidos para avaliar a eficácia de tratamentos com diferentes combinações de abordagens farmacológicas, psicoterapêuticas ou de acompanhamento para dependentes de álcool. Em geral, os resultados têm apontado que os tratamentos possuem eficácia muito semelhante entre si, sendo que o tratamento apresenta resultados apenas discretamente melhores do que os resultados obtidos por dependentes que se recuperaram sem ajuda profissional. Mesmo esta discreta vantagem de fazer tratamento tem sido contestada, pois não fica claro se a melhora destas pessoas pode ser creditada à eficácia da técnica de tratamento. Outra questão apontada por estes estudos é que, independente da técnica aplicada, o aspecto mais relevante de se fazer tratamento, apontado pelos pacientes, é o fato de estabelecer uma relação terapêutica em que o sujeito sente-se acolhido.

Além dos resultados questionáveis, tratamentos que enfatizam a meta da abstinência apresentam outros problemas. A manutenção de abstinência é tarefa difícil para o dependente, sendo a recaída uma ocorrência comum; porém, a violação da abstinência por vezes é encarada como o fracasso do tratamento, gerando sentimentos de frustração e culpa que levam ao abandono do esforço de mudança e o retorno ao uso abusivo e à dependência. Outro problema é a desconsideração da história e do contexto em que se insere o sujeito, planejando o tratamento apenas em função de aspectos intra-individuais; isso pode levar à prescrição de estratégias de tratamento que são inviáveis em função das circunstâncias de vida do paciente, ou que não contemplam as necessidades percebidas por ele.

Já as pesquisas sobre fatores de recuperação destacam a importância das oportunidades de reestruturação de vida e de reinserção social, do comprometimento com projetos pessoais e da aceitação e apoio familiar e social. Em suma, os resultados das pesquisas atuais apontam para a importância de aspectos intersubjetivos na recuperação e para problemas nos modelos de abordagem da dependência centrados em aspectos biológicos e cognitivo-comportamentais. Verifica-se, assim, a importância de abordar a questão desde uma perspectiva de

integralidade em saúde, principalmente através de análises qualitativas, a fim de escutar o ponto de vista do sujeito, levando em conta seu contexto sócio-histórico e os sentidos que atribui à suas experiências.

Neste sentido, é útil a contribuição teórica das ciências sociais, especialmente da antropologia. O recorte teórico deste trabalho segue a proposta do olhar antropológico sobre saúde e doença proposto por Alves e Minayo (1998) e por Velho (2001), partindo de uma concepção de sujeito sócio-histórico, que se constitui numa interação dialética com seu meio macro e microsossial, ao longo de uma trajetória existencial. Nos termos de Velho (1999, 2001), o sujeito constrói sua trajetória de vida em função de sua biografia (processo histórico que produziu as circunstâncias atuais, incluindo os sentidos que o sujeito atribui às suas experiências para organizá-las); de seus projetos de vida (escolhas pessoais em função de uma projeção para o futuro); e das contingências do campo de possibilidades em que o sujeito se insere (as circunstâncias de seu meio, incluindo desde condições socioeconômicas e culturais mais amplas até as interações cotidianas).

Assim, esta pesquisa se propõe a apreender os sentidos que os indivíduos atribuem às experiências de tratamento e de recaída, bem como descrever os seus projetos de vida, analisando as trajetórias de dependentes de álcool com recaídas recorrentes, a fim de compreender como tais trajetórias foram construídas e quais são as condições que as mantêm. Espera-se com isso contribuir para o incremento das pesquisas qualitativas, ainda relativamente incipientes nesta área, bem como produzir subsídios para propor estratégias de tratamento mais adequadas às dificuldades concretas enfrentadas pelos pacientes e que contemplem as necessidades que estes referem.

2. Objetivos:

2.1. Objetivo geral:

Compreender a relação entre os projetos de vida e a recorrência de recaídas na trajetória de indivíduos dependentes de álcool.

2.2. Objetivos específicos:

- Traçar o perfil psicossocial dos usuários da unidade de internação.
- Descrever os sentidos atribuídos pelos pacientes às experiências de tratamento, de recuperação e de recaída.
- Identificar os projetos de vida constituintes das trajetórias dos usuários.
- Analisar as relações entre as experiências de tratamento, recuperação e recaída e os projetos de vida dos indivíduos.
- Explorar possíveis relações entre os projetos de vida e a recorrência de recaídas na trajetória dos indivíduos.

3. Revisão da literatura

3.1. Concepções de saúde

3.1.1. O modelo biomédico

O estudo sistemático da saúde tem estado atrelado ao desenvolvimento da medicina enquanto ciência. O crescimento da produção de conhecimento na área, durante o século XIX, se deu dentro do paradigma da ciência positivista e sob influência da cisão cartesiana entre corpo e mente. A medicina, enquanto aplicação da biologia, ocupava-se com a investigação dos aspectos orgânicos da doença, explicando-a em função de alterações fisiológicas resultantes de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções causadas por microorganismos e outros. Estes são os alicerces do que se convencionou chamar de “modelo biomédico” (Traverso-Yépez, 2001), o qual, por partir do estudo da patologia, define a saúde em função da ausência de doença.

Vem se discutindo há décadas a necessidade de um conceito mais amplo de saúde, que contemple aspectos psicológicos e sociais, além do biológico. Na década de 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduz a idéia de “qualidade de vida”. Assim, saúde deixa de ser entendida como a mera ausência de doença para ser definida como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social (OMS, 1946). Apesar de seu caráter amplo e vago, que a faz soar utópica (Segre & Ferraz, 1997), essa mudança na visão da saúde oferece maior abertura ao questionamento do saber biomédico hegemônico e à contribuição de outras áreas de conhecimento.

Em 1978, na Declaração de Alma-Ata, a OMS apresenta o resultado de uma conferência internacional sobre cuidados primários, reafirmando seu conceito de saúde e colocando-a como um direito universal, recomendando o combate às desigualdades econômicas e sociais que resultam em piores condições de saúde nos países mais pobres. Enfatiza ainda a importância dos cuidados básicos e da ação preventiva, envolvendo a mobilização de diversos setores da sociedade (OPAS, 2009). Esta conferência é considerada um marco fundamental para a proposta de mudança do paradigma biomédico para o da saúde

pública, em função da constatação da importância das questões sanitárias e de prevenção (Matos, 2004).

Nesta direção, desenvolveu-se o movimento de reforma sanitária no Brasil, ao longo dos anos 1980, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Em suas disposições gerais, a lei do SUS explicita que parte de um conceito ampliado de saúde e estabelece a integralidade da atenção como um dos princípios do SUS (Lei nº 8.080, de 1990). A noção de atenção integral à saúde implica a crítica à atitude médica fragmentária e reducionista – fragmentária porque privilegia a especialização e a segmentação da atenção, e reducionista por tomar o paciente apenas em sua dimensão biológica, dada pela disfunção orgânica que se supõe produzir o sofrimento (Kell, 2004). Atenção integral, portanto, extrapola a intervenção individual curativa, incluindo ações de prevenção e promoção dirigidas aos vários aspectos (biológicos, psicológicos, sociais) da saúde.

Witter (2008), em revisão sobre a produção científica em saúde, traça um comparativo entre este novo modelo de saúde, dito *biopsicossocial*, e o modelo biomédico, destacando que o primeiro implica uma legitimação do relato do paciente como co-produtor do conhecimento sobre sua saúde. Estaríamos então saindo de um modelo comprometido com uma lógica econômica pragmática e atrelado ao saber do técnico (que é imposto ao paciente), para um modelo em que o saber sobre o processo de saúde e adoecimento é construído conjuntamente e leva em consideração uma ampla variedade de aspectos relacionados à saúde.

A discussão que se desdobra a partir do conceito da OMS é de crítica ao saber e ao poder médico. Se por um lado, isto abre espaço para as contribuições teóricas e práticas de outras áreas de saber, por outro lado acirra embates não só científicos, como também políticos. Mesmo assim, a noção de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social” acaba sendo assimilada à lógica biomédica, na medida em que é traduzida como uma ausência de doença física, de doença mental e de “doença” (desvio) social. Ou seja, há ainda uma definição “negativa” de saúde (ausência de doença), a qual predomina na literatura recente em psicologia da saúde (Witter, 2008). A escassez de estudos enfocando um conceito “positivo” indica uma dificuldade em se abordar cientificamente a saúde de outra perspectiva, o que Coelho e Almeida Filho (2002) creditam à influência da indústria farmacêutica e de uma “cultura da doença”, que prioriza os investimentos em pesquisas de abordagem biomédica.

Os mesmo autores destacam a influência da obra de Canguilhem, por sua contribuição teórica à crítica do pensamento sanitário tradicional no Brasil, através da proposição de uma diferença qualitativa entre saúde e doença, estabelecendo um contraste com a visão de saúde enquanto norma da qual a doença constitui um desvio, uma alteração quantitativa (Coelho & Almeida Filho, 1999). A partir da contribuição de Canguilhem, abre-se o caminho para o questionamento da equiparação *saúde = normal e doença = patológico*; a fronteira entre normal e patológico é relativizada, considerando-se que o que define a norma varia em função do tempo e do contexto (Coelho & Almeida Filho, 2002).

Puttini & Pereira Jr. (2007) também salientam a importância do pensamento de Canguilhem no desenvolvimento da concepção de saúde enquanto uma capacidade de abertura a mudanças: ser saudável não seria estar assintomático, mas dispor de recursos para recuperar-se e para instituir novos modos de vida, tão favoráveis à saúde quanto possível em função das contingências que se apresentam (mesmo que alguma doença seja parte destas contingências). Isto permite pensar de modo mais abrangente sobre as possibilidades de ser saudável diante da doença crônica, ou até mesmo da iminência da morte. Saúde deixa de ser um estado de equilíbrio ou de ausência de “anormalidades” físicas, psíquicas ou sociais, para ser encarada como processo que inclui o adoecer e o recuperar-se.

A influência desta concepção se faz notar em conceituações mais recentes, como em Gonzalez Rey (1997), que enfatiza que a saúde não deve ser tomada como um estado estático do organismo e não se identifica com uma norma, enfatizando seu caráter multideterminado e processual: “a saúde deve ser considerada como um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos elementos subjetivos e sociais.” (Gonzalez Rey, 1997, p. 276).

O modelo “biopsicossocial” representa um avanço na compreensão da saúde em sua complexidade, mas tende a ser assimilado à mesma lógica, na medida em que partilha da base epistemológica do modelo anterior. Proposições como a de González Rey são mais abrangentes, porém ainda um tanto vagas, de difícil diálogo com a prática. A idéia de atenção integral oferece uma alternativa para pensar a saúde que poderia levar à superação destas limitações, mas encontra dificuldades para ser efetivamente incorporada. Assim, modelos teóricos diferentes seguem servindo a diferentes linhas de pesquisa e

intervenção, mesmo dentro do mesmo campo de saber, como a Psicologia.

3.1.2. Psicologia da Saúde

Falar em Psicologia da Saúde remete a um conjunto de práticas que se constituíram historicamente. À medida que os psicólogos (assim como vários outros profissionais) passam a contribuir neste campo, diversificam-se os espaços de intervenção psicológica em serviços de saúde e a publicação de estudos psicológicos sobre o tema. Assim, num primeiro momento, “psicologia da saúde” refere-se ao somatório destas práticas e estudos psicológicos na área da saúde – um conjunto heterogêneo e pulverizado, o que reflete a realidade da Psicologia enquanto ciência. A proliferação das práticas, como salienta Spink (2003), não se fez acompanhar de reflexões teóricas na mesma proporção, de modo que a saúde é mais um campo em que convivem diferentes abordagens psicológicas, o que constitui um empecilho crucial para a consolidação de um corpo teórico próprio da Psicologia da Saúde.

Essa interface da Psicologia com a saúde remonta ao século XIX, dentro da psicologia clínica, que foi estimulada a partir do desenvolvimento da psicanálise. A psicologia clínica, conforme a distinção colocada por Guimarães (2007), consiste em uma intervenção mais individualizada e de caráter remediativo, enquanto a Psicologia da Saúde busca uma visão macroscópica, lidando com questões de saúde pública, epidemiologia e política, principalmente com intervenções preventivas. Ou seja, passamos a falar propriamente de Psicologia da Saúde quando nos referimos ao trabalho do psicólogo enfatizando sua característica social (Gonzalez Rey, 1997), ainda que o aspecto clínico continue preponderante na prática (Guimarães *et al.*, 2007).

Nos anos 30 do século XX, desenvolve-se a Medicina Psicossomática, a princípio baseada em interpretações psicanalíticas dos sintomas físicos sem causa orgânica evidente, para mais tarde enfocar os efeitos da exposição a estresse e também as reações emocionais e seus efeitos correlatos nos sistemas imunológico, endócrino e nervoso (Traverso-Yépez, 2001). Já nos anos 70, surgem a Medicina Comportamental e a Psicologia da Saúde, ambas inspiradas no comportamentalismo (Traverso-Yépez, 2001), voltadas ao tratamento e

à prevenção de doenças através da modificação de comportamentos (Ogden, 1999). Apesar de apresentá-las separadamente, não fica clara a diferença entre Medicina Comportamental e Psicologia da Saúde nas descrições de Ogden, de forma que podem ser entendidas como sinônimos (pelo menos neste momento inicial), como aponta Guimarães (2007).

A tentativa de estabelecer uma base teórica comum para uma Psicologia da Saúde é expressa por diferentes autores (Ogden, 1999, Traverso-Yépez, 2001, Guimarães *et al.*, 2007) através da citação de uma definição proposta por Matarazzo em 1980, que caracteriza a Psicologia da Saúde como um conjunto de contribuições específicas da Psicologia para a promoção da saúde, para prevenção, tratamento e compreensão etiológica de doenças, e ainda para o aperfeiçoamento de políticas públicas. Esta definição é bastante ampla, mencionando “promoção” e “políticas públicas”, indicando que lhe subjaz uma tentativa de afastamento do modelo biomédico; de fato, os autores referidos que citam esta definição enfatizam a oposição a tal modelo como parte do contexto de surgimento da Psicologia da Saúde.

A aproximação das questões políticas de saúde pública se dá em intervenções comunitárias de promoção de saúde, junto a famílias e comunidades, visando à emancipação dos sujeitos e à transformação das condições sociais que impactam a saúde. Mesmo assim, a abordagem mais difundida é a clínica, que emprega pesquisas predominantemente quantitativas e com delineamentos quase-experimentais, e cuja intervenção é caracterizada pela prevenção e pela terapêutica individual ou dirigida a grupos de pacientes acometidos de doenças específicas, focalizando os comportamentos associados à doença (Guimarães *et al.*, 2007).

Nesta abordagem clínica, predominam o referencial teórico comportamental e o cognitivo, caracterizada pela abordagem das crenças dos indivíduos sobre saúde e doença, conscientizando-os sobre fatores de risco e proteção, a fim de que modifiquem comportamentos prejudiciais e mantenham certos hábitos favoráveis à saúde (Ogden, 1999). Como se vê também na descrição do periódico *Health Psychology*, da APA (retirado do site <http://www.apa.org/journals/hea/description.html>, último acesso em 20 de maio de 2009), que lista como seus principais tópicos de interesse para submissão de artigos: 1) o papel de fatores ambientais,

psicossociais ou socioculturais que contribuem para a doença ou sua prevenção; 2) Métodos comportamentais para diagnóstico e tratamento de indivíduos com transtornos físicos; e 3) Técnicas para reduzir o risco de doença através da modificação de atitudes, de comportamentos ou de crenças sobre a saúde.

Esta perspectiva é próxima do modelo biomédico, apesar de afirmar-se a filiação da Psicologia da Saúde ao “modelo biopsicossocial de saúde e doença” (Ogden, 1999). Neste caso, o que há de “psicossocial” é a inclusão de causas psicológicas e sociais na etiologia das doenças, e não uma concepção de saúde ampliada. Mantém-se a definição de saúde dada pela ausência de doença, apenas adicionando novos elementos à mesma equação etiológica. Decorre daí que a intervenção em saúde é ainda em função de tratar a doença ou de prevenir seu aparecimento. Portanto, este modelo biopsicossocial não chega a constituir uma ruptura com o modelo biomédico, pois ambos partilham uma base epistemológica semelhante (Traverso-Yépez, 2001) e um conceito de saúde “negativo”.

Como colocam Jesus e Rezende (2006), concomitante ao grande desenvolvimento de tecnologias de combate e controle de doenças, cresceu também uma tendência de os conhecimentos biomédicos introduzirem novos padrões de controle de comportamentos (hábitos, estilos de vida, práticas de risco). Na medida em que se presta à intervenção apenas em termos de avaliação e modificação de crenças e comportamentos considerados “de risco” ou “prejudiciais”, a Psicologia da Saúde reproduz o modelo biomédico – tanto em termos do conceito de saúde utilizado como em termos de relação com o sujeito de sua intervenção (a quem vai impor os modos “corretos” ou “adequados” de cuidar da saúde) e de relação com o seu objeto de pesquisa (acerca do qual irá determinar a verdade científica, a partir de uma perspectiva de neutralidade e objetividade).

Neste sentido, Traverso-Yépez (2001) distingue duas “formas epistemológicas básicas” dentro da Psicologia da Saúde. Uma abordagem “positivista” e uma abordagem “humanística”, a qual incluiria em seu escopo não apenas comportamentos, mas também experiências, no intuito de apreender significados e interpretações dos sujeitos acerca de seu processo de saúde e adoecimento. Jesus e Rezende (2006) distinguem três significados da palavra doença, melhor ilustrados pelas formas de sua tradução para o inglês: *disease*, a

patologia definida pela ciência médica; *illness*, a experiência de quem sofre; e *sickness*, o estatuto social do indivíduo atingido. Aspectos psicológicos e sociais não são vistos apenas enquanto agentes patogênicos, mas também enquanto condicionantes da experiência do adoecer e do recuperar-se.

Spink (2003) salienta a importância da Psicologia Social para o desenvolvimento desta visão, situando-a num contexto de inauguração de uma nova epistemologia nas ciências sociais, contrária à noção de verdade da ciência positivista, partindo da premissa de uma realidade construída historicamente e do papel do sujeito como ao mesmo tempo produto e produtor desta realidade. Apesar de suas peculiaridades, a abordagem *construtivista* de Spink (2003) aproxima-se da abordagem *humanística* de Traverso-Yépez (2001), ambas caracterizadas pelas noções de uma realidade construída socialmente em um processo histórico e dialético, bem como de que a ciência deve buscar incluir o discurso do sujeito na compreensão dos fenômenos da saúde.

Contudo, os psicólogos têm reproduzido o modelo biomédico, ao tentar transpor a prática clínica tradicional para a saúde pública (Guimarães *et al.*, 2007). O psicólogo fica restrito à atenção individual ou à promoção de adequação às normas sanitárias, modificando crenças e comportamentos prejudiciais ou de risco, aplicando a verdade científica supondo que seja o melhor para o paciente ou grupo, independente de sua relação com ele e do significado psicológico e social da saúde para o grupo ou indivíduo em questão. A intervenção psicológica torna-se, assim, um instrumento a serviço da normatização e de um poder disciplinar (Silva, 2005).

Embora a crítica seja pertinente, há que se evitem maniqueísmos, como o que se depreende da comparação tecida por Witter (2008) entre um modelo antigo, caracterizado como perverso, e um novo modelo apontado como redentor. A discussão reduzida a pólos radicais se empobrece e acirra disputas de poder; além do que, as distintas correntes epistemológicas continuam a coexistir e embasar o desenvolvimento da área, não sendo possível desprezar a contribuição de uma ou de outra. Como pondera Czeresnia (2004), pensar a saúde em sua complexidade não significa migrar do pólo da objetividade para o da subjetividade, nem do estudo quantitativo para o qualitativo, mantendo antigas oposições; mas sim poder transitar por diferentes níveis e formas de apreensão e compreensão da realidade.

Cabe aqui outra ponderação, sobre o conhecimento biomédico. Fleck (1986) aponta particularidades da medicina que condicionam o modo de pensar e se produzir conhecimento na área:

“(…) a meta cognoscitiva da medicina não é, primordialmente, a expansão do saber em si mesmo, senão outra muito mais pragmática: o domínio dos estados patológicos. As concepções, os modelos e os princípios, ou seja, tudo o que conta para a clarificação teórica das observações da enfermidade, está sujeito a uma permanente e imediata necessidade de êxito.” (Fleck, 1986, p. 18, tradução livre).

O modelo biomédico fez-se hegemônico devido aos avanços científicos que promoveu e à eficácia das práticas que embasou. As críticas que lhe tem sido dirigidas são pertinentes e tem se mostrado necessário desenvolver outra postura epistemológica na pesquisa em saúde, diante do acúmulo de estudos que apontam para a complexidade do tema – e é desta perspectiva crítica que parte este trabalho. Porém, cabe ressaltar a importância de preservar algo de sua objetividade e pragmatismo, para que a nova concepção de saúde e a produção teórica que dela partir sejam capazes de embasar intervenções resolutivas.

3.2. Álcool, drogas e problemas de saúde

3.2.1. A política de atenção e o impacto do uso de álcool sobre a saúde pública

O campo das práticas de atenção a usuários de drogas também é palco dos embates que permeiam a área da saúde mental e da saúde como um todo. A diversidade teórica e epistemológica entre os estudos dos fenômenos relacionados ao uso de drogas leva à produção de pesquisas que não apenas divergem quanto aos métodos, mas até mesmo quanto à definição de conceitos fundamentais, como os de saúde e patologia. Apesar destas divergências, que serão exploradas no decorrer deste trabalho, há clareza sobre a magnitude dos danos e riscos que o consumo de substâncias psicoativas implica, o que configura essa questão como um importante problema de saúde pública.

A atenção a usuários de drogas foi incluída dentro da rede de saúde mental: os serviços especializados, os profissionais envolvidos, o

fluxo de encaminhamentos entre serviços, enfim, toda a estrutura da atenção está inserida no contexto da saúde mental, inclusive aplicando-se as mesmas legislações e diretrizes do governo federal. Entretanto, devido às suas peculiaridades, à sua maior prevalência em relação a outras psicopatologias e ao amplo espectro de agravos que causa à saúde, essa questão é matéria de uma política específica do Ministério da Saúde. Em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas estabeleceu as diretrizes para a atenção, prevenção e promoção da saúde nesta área. Algumas delas:

1. Intersetorialidade: pelo uso de drogas ser um tema transversal na saúde, justiça, educação e outras, a política afirma a necessidade da participação de diferentes instituições e atores sociais para elaborar estratégias e ações que sejam capazes de implementar uma efetiva atenção integral.

2. Atenção Integral

2.1. Prevenção: ações comunitárias visando identificar fatores de vulnerabilidade e de proteção, minimizando os primeiros e potencializando os últimos. O texto critica a cultura de marginalização do usuário de drogas ilícitas e a “grande timidez nacional” (p. 30) em implementar práticas de controle do comércio de drogas lícitas. Cabe ressaltar ainda que “prevenção” refere-se ao abuso/dependência, não necessariamente a qualquer nível de uso, mesmo de drogas ilícitas; nesse sentido, questiona-se o tom alarmista das campanhas informativas (o que continua ocorrendo até hoje, por exemplo, na atual campanha de uma grande rede de comunicação contra o uso de crack).

2.2. Promoção e proteção à saúde dos consumidores de drogas: a promoção é definida em função da potencialização dos fatores favoráveis à saúde. A proteção à saúde dos consumidores refere-se ao resgate da cidadania destes, enquanto pessoas cujo direito aos cuidados de saúde deve sobrepor-se a quaisquer questões legais ou morais. Dentro deste item, a política dá destaque ao papel da estratégia de redução de danos (descrita mais adiante neste trabalho), por ser um modo de intervenção mais voltado à questão da cidadania do usuário do que à modificação de seu comportamento.

2.3. Atenção em rede assistencial: a atenção é inserida na rede de saúde mental, mas com um serviço de referência especializado, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPSad). Alinhando-se aos princípios da reforma psiquiátrica, o conjunto de serviços das unidades básicas de saúde, das equipes de saúde da família, dos diversos tipos de CAPS e dos serviços hospitalares

de retaguarda, visa a substituir o modelo de tratamento centralizado no hospital regional. A rede substitutiva deve facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, através das intervenções territoriais e comunitárias, colaborando para evitar o congestionamento de serviços especializados (ambulatórios e hospitais), geralmente de acesso mais difícil para os usuários e de menor potencial resolutivo.

Essa política vai ao encontro das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM – Relatório final, 2002), sintetizando contribuições teóricas (principalmente das ciências sociais aplicadas à saúde) e políticas (movimento de reforma psiquiátrica) em um documento que aponta problemas decorrentes da hegemonia do modelo biomédico. Assim, a política enfatiza a necessidade de recorrer a diversos aportes teórico-técnicos para compreender a questão do uso de drogas, evitando a restrição à ótica médica e o desprezo das implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do problema. Também é ressaltada a necessidade de se planejar tratamentos que extrapolem o controle de sintomas e a imposição de abstinência, a fim de contemplar mais amplamente as necessidades de saúde do usuário.

Outro aspecto importante da política é o posicionamento contrário à cultura de criminalização e julgamento moral do usuário, reconhecendo a associação comumente estabelecida entre uso de drogas e falhas de caráter, personalidade anti-social ou marginalidade. Essa associação é destacada como estando na base das propostas de tratamento por mecanismos de exclusão do usuário do convívio social, além de ter sérias implicações em termos de discriminação e de prejuízos ao usuário em suas condições de cidadania. Além disso, essa cultura também sustenta os discursos de combate às substâncias em si, relegando a um segundo plano o indivíduo e seu meio.

A publicação desta política constitui um marco histórico importante na compreensão do contexto atual da atenção a usuários de drogas, contexto este marcado por divergências políticas, epistemológicas, teóricas e disputas de poder entre diferentes profissionais. Como a política alinha-se com os princípios da reforma psiquiátrica, sua aceitação e implementação estão sujeitas aos mesmos embates, entraves e críticas que existem na saúde mental como um todo. Após a aceitação de algumas mudanças e de um crescimento expressivo da rede substitutiva, o momento presente é caracterizado por um recrudescimento do discurso biomédico e da lógica hospitalocêntrica,

movido pelo questionamento da eficácia do novo modelo de atenção e pelo argumento de que a não-internação implica desassistência.

Para os fins deste trabalho, não cabe detalhar a discussão dos serviços substitutivos na rede de saúde mental, bastando situar a questão da atenção aos usuários de drogas neste contexto maior de intensos embates. Seja como for, sobre um ponto não foi encontrada nenhuma discordância na literatura: as substâncias lícitas, por serem mais amplamente utilizadas, causam impacto muito maior em termos de saúde pública, sendo que o álcool ocupa lugar de destaque. Os dados epidemiológicos variam, em função de diferenças metodológicas (Barros *et al.*, 2007), mas não a ponto de permitir menosprezar a gravidade do problema. O consumo de bebidas alcoólicas é apontado como uma das principais causas de doenças e mortalidade no mundo, sendo causa de 3,2% das mortes e 4% do total de anos de vida saudáveis perdidos¹ (World Health Report, 2002).

No Brasil, foi realizado recentemente um levantamento sobre padrões de uso de álcool, de abrangência nacional (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007), cujos resultados apontam que 52% dos adultos bebem, ao menos uma vez ao ano, sendo 65% dos homens e 41% das mulheres. Dentre os homens adultos, 11% bebem diariamente e 28% bebem de uma a quatro vezes por semana, havendo clara associação entre gênero e frequência de consumo, com os homens bebendo mais e mais frequentemente do que mulheres, bem como existindo mais mulheres abstinentes do que homens. O mesmo levantamento indica que em torno de 12% da população brasileira tem problemas decorrentes do uso excessivo de álcool (3% uso nocivo e 9% dependentes).

Em termos de número de internações, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2008 houve 122.897 internações para tratamento de transtornos decorrentes de uso de álcool, enquanto que as internações em função de todas as outras substâncias psicoativas somaram 77.020 (DATASUS, 2009). Isso sem contar todos os procedimentos ambulatoriais e as ações dos mais de 180 CAPSad no país, além das pessoas atendidas por recursos comunitários, fora da rede de serviços públicos, como os grupos de ajuda mútua e as comunidades terapêuticas, e ainda os serviços privados. Há também pessoas que recorrem aos serviços de saúde em função de agravos não devidos à dependência, mas a níveis de consumo mais leves, que não

¹ No relatório citado, utiliza-se uma medida chamada DALY (disability-adjusted life year), considerada equivalente a um ano de vida saudável perdido. O álcool é apontado como causa de 4% do total de DALYs no mundo naquele momento.

necessariamente constituem um problema por si só, mas acarretam uma série de danos e riscos à saúde.

Dentre os problemas decorrentes desse uso prejudicial, estão doenças hepáticas, gástricas e cardíacas, tumores (Barros *et al.*, 2007), prejuízos neurológicos, incluindo demência (Cunha & Novaes, 2004), incapacitações temporárias ou permanentes e agravamento de outros problemas de saúde (Ministério da Saúde, 2003). Há também problemas psicológicos e sociais decorrentes do consumo freqüente ou das intoxicações eventuais, em função da alteração do comportamento: conflitos conjugais (Collins, Ellickson & Klein, 2007), ferimentos por agressões ou acidentes (Gianini *et al.*, 1999), estados depressivos e maior risco para transtornos mentais e suicídio (Barros *et al.*, 2007), acidentes de trabalho e diminuição da produtividade (Moraes *et al.*, 2006), violência, incluindo abuso infantil e negligência (Gianini *et al.*, 1999) e exposição a riscos, como praticar sexo sem preservativo (Dualibi & Laranjeira, 2007) e dirigir alcoolizado (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007).

Vários critérios de delimitação dos diversos níveis de uso vêm sendo propostos, a fim de facilitar o diagnóstico dos problemas relacionados ao álcool não tão extremos como a dependência. Mais do que isso, a própria definição do alcoolismo enquanto doença vem sendo questionada, à medida que outras áreas de saber produzem estudos sobre o tema. Cabe aqui, então, rever brevemente o percurso de algumas definições básicas sobre o uso de álcool, as dificuldades de delimitação de critérios para distinguir níveis de uso patológicos ou não e as atuais contribuições de diversas áreas de saber para a compreensão do alcoolismo.

3.2.2. O estudo do alcoolismo: percurso histórico e contribuições diversas

Em revisão sobre a evolução do conceito de alcoolismo, Ramos e Woitowitz (2004) destacam que, ainda que a definição de alcoolismo como doença remonte ao século XIX, foi com os trabalhos de Jellineck, em meados do século XX, que a idéia se popularizou no meio científico; o alcoolismo foi então descrito como uma “doença progressiva e fatal” (expressão que até hoje é uma espécie de refrão repetido aos usuários por alguns profissionais). Não se avaliava o grau de risco ou de dano à saúde em função de diferentes níveis de consumo, tampouco os danos indiretamente associados; o que era avaliado era se o indivíduo era portador ou não de uma doença. Se fosse, a única possibilidade de

recuperação seria a abstinência e, conseqüentemente, todos os casos em que o sujeito não mantinha a abstinência eram considerados fracassos terapêuticos (Ramos & Woitowitz, 2004).

Estudos prospectivos posteriores (Vaillant, 1983 apud Ramos & Woitowitz, 2004) demonstraram que nem todo problema de uso de álcool é progressivo ou fatal, e que pessoas consideradas doentes podem estabelecer um padrão de consumo menos intenso, deixando de apresentar problemas. Edwards e Gross (1976) apontaram que pessoas que bebem muito não são necessariamente dependentes e que a dependência deve ser avaliada não como uma doença, mas como uma síndrome, caracterizada por elementos biológicos e psicológicos: aumento da tolerância ao álcool (uso de quantidades progressivamente maiores para obter o mesmo efeito), uso compulsivo, restrição do repertório de comportamentos e atividades em função do consumo e da busca por álcool e a ocorrência de sintomas de abstinência.

Os sintomas de abstinência são reações do organismo à diminuição da quantidade de álcool no sangue: sudorese, tremores, insônia, náuseas, cefaléia, ansiedade, irritabilidade e, em casos mais graves, convulsões, delírios e alucinações, estado chamado de *delirium tremens* (Laranjeira *et al.*, 2000 e Gigliotti & Bessa, 2004). O sujeito afetado pode então optar por manter o consumo contínuo, com interrupções de apenas poucas horas, a fim de evitar esse mal-estar². O curso de desenvolvimento e cessação dos sintomas de abstinência (que pode se estender por horas ou dias) é descrito como uma síndrome (Síndrome de Abstinência Alcoólica), havendo consenso médico sobre seu diagnóstico e tratamento (Laranjeira *et al.*, 2000).

Por serem bastante evidentes à investigação clínica e configurarem um indicador seguro sobre a intensidade do consumo recente de álcool, os sintomas da Síndrome de Abstinência são um critério crucial no diagnóstico da Síndrome de Dependência (Gigliotti & Bessa, 2004). Assim, até por caracterizar uma situação mais extrema, a dependência é relativamente fácil de diagnosticar. Entretanto, outros níveis de uso de álcool, que também são problemáticos, não têm definições tão objetivas. Os principais manuais classificatórios (CID-10 e DSM-IV) fazem a distinção entre dependência e uso nocivo, mas a definição deste ainda é questionada por ser pouco precisa (Gigliotti e Bessa, 2004).

² É comum ouvirem-se alcoolistas que relatam beber imediatamente ao acordar, ou mesmo durante a noite, a cada interrupção do sono. A dificuldade de suportar os sintomas de abstinência impede o controle do indivíduo sobre o consumo e é dos principais motivos para a internação.

Há tentativas de estabelecer um critério objetivo para fazer essa distinção, ou ao menos para se definir um limite a partir do qual a ingestão alcoólica seria considerada prejudicial à saúde, já que estudos vêm demonstrando que, em certa medida, o consumo pode não apenas ser inofensivo, como também benéfico (Burger *et al.* 2004). O critério utilizado é o número de doses ingeridas por semana (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007), porém sua aplicação é complicada: há estudos que apontam como benéfica uma ingestão diária de 20 g de álcool, cerca de duas doses (Burger *et al.* 2004), outros que consideram como de baixo risco o consumo de até 21 doses semanais (Gigliotti & Bessa, 2004), sendo que a mesma medida pode caracterizar um “bebedor pesado”, conforme a distribuição destas doses na semana (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007).

No entanto, é possível que uma pessoa mantenha uma quantidade ou frequência de consumo considerados de risco e apresente poucos ou nenhum problema, assim como é possível que uma intoxicação eventual provoque grande dano. Além disso, como ocorre com as substâncias psicoativas em geral, o efeito da mesma quantidade de álcool pode variar muito entre indivíduos (ou no mesmo indivíduo em situações diferentes), em função de fatores como sexo, idade, condições físicas gerais, circunstâncias do uso (por exemplo, se a pessoa está com o estômago vazio ou não), histórico de uso, relação subjetiva com a substância, traços de personalidade, estado de humor e aspectos simbólicos e contextuais da situação de uso (Santos, 2008).

Mesmo a dependência, caso mais extremo e que tem critérios diagnósticos mais precisos, apresenta uma diferença crucial entre as definições da CID-10 e do DSM-IV. A CID-10 (1993) permite o diagnóstico de uso nocivo em indivíduos com diagnóstico de dependência no passado. Já o DSM-IV (2002) exclui a possibilidade de outro diagnóstico para indivíduos que já foram diagnosticados como dependentes. O critério da CID-10 considera a possibilidade de a gravidade do consumo de álcool variar ao longo da vida, com o foco da avaliação clínica sobre as circunstâncias atuais do problema. O DSM-IV denota uma concepção de doença crônica, ou seja, uma vez diagnosticado como dependente, quaisquer outros problemas com uso de álcool que ocorrerem na vida do sujeito serão considerados manifestações da mesma patologia.

Fica claro que uso de álcool tem implicações que devem ser objeto de estudo e intervenção em saúde, mas que escapam à tentativa de enquadramento em uma definição de doença com critérios

estritamente objetivos. Não há um limite claro que separe o consumo moderado do uso nocivo e a indicação clínica de tratamento dependerá da avaliação de uma combinação de fatores (Fiore, 2004). A avaliação clínica é permeada por aspectos subjetivos da interação profissional-paciente e reflete o embasamento teórico do clínico – mesmo manuais nosográficos como o DSM-IV, que se proclama “a-teórico”, estão fundamentados em determinadas concepções de patologia.

Pesquisas mais recentes sobre o tema vêm aumentar a diversidade teórica e metodológica no campo. Vários fatores relacionados ao problema são estudados, sustentando uma concepção de dependência de drogas como fenômeno complexo e multideterminado. Ao mesmo tempo em que essa pluralidade contribui para um entendimento mais abrangente da questão, também gera embates entre pesquisadores (e entre clínicos) cujo trabalho parte de distintas bases epistemológicas. A seguir, serão exemplificadas algumas contribuições recentes de diferentes áreas de saber que embasam distintas concepções sobre dependência de álcool ou de substâncias em geral.

1. Ciências biológicas:

1.1. Estudos neurológicos: avaliação dos efeitos do abuso de álcool sobre funções executivas, memória e desenvolvimento de patologias (Cunha & Novaes, 2004). Há também modelos neurológicos de compreensão da dependência química, como apontam Conde, Ustárroz, Landa e López-Goñi (2005). Estes autores fornecem uma revisão sobre o assunto e apresentam um modelo integrador entre psicologia clínica e neuropsicologia, propondo explicações para os efeitos de três tipos de intervenção terapêutica em função de seus possíveis efeitos sobre alterações no funcionamento cerebral de pessoas dependentes.

1.2. Estudos neuropsicofarmacológicos: São estudos empíricos, que coletam evidências sobre as bases neuroquímicas dos fenômenos que caracterizam a dependência e sobre os efeitos de vários tipos de medicamentos. Em artigo de revisão recente, Planeta, Cruz, Marin, Aizenstein e De Lucia (2007) traçam um percurso histórico: inicialmente, predominaram estudos sobre as bases neuroquímicas dos sintomas de abstinência e seus efeitos aversivos; num segundo momento, desenvolveram-se estudos sobre os efeitos prazerosos associados ao consumo de drogas e ao desenvolvimento da tolerância; e mais recentemente, sobre os mecanismos fisiológicos do estresse (em função de achados que apontam para a importância do estresse no início e manutenção do consumo de drogas).

Outras revisões apontam ainda estudos sobre os aspectos neuroquímicos do *craving*³ (Araujo, Oliveira, Pedroso, Miguel & Castro, 2008) e sobre a eficácia de medicamentos, cujos efeitos sobre a dependência são tomados como evidências dos mecanismos neuroquímicos do fenômeno (Castro & Baltieri, 2004; Bouza, Magro, Muñoz & Amate, 2004; Haile, Kosten & Kosten, 2008). Todos estes artigos fazem alguma ressalva sobre o caráter multideterminado do fenômeno, apesar de seus resultados serem utilizados na sustentação de uma concepção de dependência como entidade patológica biologicamente determinada.

1.3. Estudos genéticos: investigação das condições de herdabilidade da patologia e da ação de genes sobre fenótipos teoricamente mais ou menos vulneráveis, em função de alterações nos receptores GABA (ácido gama-aminobutírico, associado à sensibilidade neurológica aos efeitos da substância) e nas enzimas que degradam o álcool (aldeído desidrogenase e álcool desidrogenase), causadoras da “ressaca” e, portanto, teoricamente inibidoras do comportamento de beber (Buckland, 2008). Estudos com gêmeos, famílias e adotados sustentam a influência de fatores hereditários na etiologia da dependência química (Agrawal & Lynskey, 2008). Porém, a heterogeneidade de resultados destes estudos exclui a possibilidade de um modelo de transmissão mendeliana, sugerindo uma herdabilidade programada por um conjunto de vários genes que poderiam resultar em um fenótipo mais vulnerável ao desenvolvimento da patologia, que se daria em função de determinantes ambientais (Messas & Vallada Filho, 2004).

Este é um o campo de embates, em função da polarização da discussão sobre a etiologia dos transtornos entre os que enfatizam a influência genética e os que destacam a influência ambiental. Os resultados dos estudos genéticos revisados têm apontado para a necessidade de se pensar em um modelo complexo: embora defina o alcoolismo como uma doença de origem biológica, Bau (2005) pondera que diversos fatores determinantes interagem de tal forma que se torna difícil apontar um agente etiológico universal. Ducci e Goldman (2008) referem-se à compreensão etiológica do alcoolismo como um “mosaico” cuja montagem depende de uma multiplicidade de abordagens complementares.

³ *Craving* ou *fissura* é um estado de intenso desejo de consumir a substância, na expectativa de repetir a sensação de seus efeitos, que o dependente experimenta principalmente durante o período de desintoxicação (Araujo, 2008).

Os estudos genéticos se deparam com alguns problemas metodológicos importantes, como discute Buckland (2008): para investigar a relação de quaisquer genes com determinado fenótipo, é necessário definir claramente o fenótipo em questão; entretanto, um fenótipo correspondente ao “dependente químico” está longe de ser claramente definido. Em artigo de revisão, Messas e Vallada Filho (2004) mencionam a investigação de determinantes genéticos de certos traços de personalidade que serviriam para caracterizar esse fenótipo, descrevendo cinco tipos de traços de personalidade que vêm sendo associados à maior propensão ao alcoolismo.

Assim, a influência genética no alcoolismo, teoricamente, se daria através da ação de genes na produção de determinadas características de personalidade que, por sua vez, estariam associadas à maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da patologia. Ou seja, se há realmente um componente hereditário no desenvolvimento da dependência, a transmissão desta se dá de forma indireta e mediada por uma complexa interação de fatores. Um modelo destes está sujeito a questionamentos em vários níveis, como por exemplo a adequação de tais traços de personalidade como definidores de um fenótipo de dependente químico, ou a objetividade da definição e da mensuração destes traços nos indivíduos.

2. Ciências sociais:

As ciências sociais trazem contribuições à crítica do modelo biomédico, através da relativização das noções de “verdade” e “neutralidade” em ciência e do estudo dos determinantes sociais da saúde (Buss & Pellgrini Filho, 2006). Especificamente sobre a questão das drogas, salientam a importância de estudar o uso de substâncias como fenômeno social, que não pode ser tomado fora de seu contexto, e discutem a concepção moral (desvio de conduta) e científica (doença) do alcoolismo, apontando os mecanismos de poder que estão em jogo para determinar o lugar culturalmente destinado ao alcoolista (Neves, 2004). Cabe citar também a contribuição metodológica das ciências sociais (principalmente da antropologia) aos estudos sobre o tema.

Apesar da reconhecida importância dos fatores sócio-culturais para a compreensão da saúde, os métodos das pesquisas qualitativas são criticados por serem considerados muito subjetivos e pouco rigorosos (Minayo & Sanches, 1993). Daí a importância da antropologia, ao desenvolver métodos confiáveis, com o uso de informantes-chave, observações diretas, observação participante, entrevistas gravadas, história de vida e registro em diário de campo (MacRae, 2004). São

métodos que outras ciências (como a psicologia) passaram a utilizar em suas pesquisas, descrevendo os aspectos simbólicos constituintes da realidade dos sujeitos e elaborando compreensões sobre o comportamento dos indivíduos (e dos grupos) levando em conta as particularidades de seu contexto cultural (Minayo, 2008).

Estudos antropológicos também questionam a eficácia das políticas públicas sobre drogas, discutindo os aspectos culturais que as embasam (Santos, 2008; MacRae, 1996; Carneiro, 2002). Os estudos sobre o estatuto social do usuário, envolvendo seus direitos, seu papel como alvo de tratamentos e de estigmas, fornecerão subsídios para a elaboração da estratégia da redução de danos (MacRae & Gorgulho, 2003). A perspectiva da redução de danos representa a mais radical oposição aos modos de tratamento fundamentados no modelo biomédico de doença, enfatizando menos os aspectos clínicos e mais os aspectos de liberdade e de cidadania do usuário.

A estratégia de redução de danos foi criada para conter a disseminação do HIV e outras infecções entre usuários de drogas injetáveis, que ocorria devido ao compartilhamento de seringas e às precárias condições de higiene em que estes aplicavam suas injeções. Os agentes redutores de danos distribuíam *kits* para injeção, contendo seringas, material para higienização, preservativos e material informativo sobre as infecções, os efeitos das substâncias e os locais para buscar tratamento, caso desejassem (ABORDA, 2009). Dois aspectos da redução de danos sumarizam sua proposta e constituem ao mesmo tempo o avanço que ela representa e os seus pontos mais questionáveis: a busca ativa pelo usuário em seu local de uso; e a proposta de intervir na saúde das pessoas encarando seu uso de drogas como uma escolha a ser respeitada, antes de desvio ou patologia.

Em função de seus resultados positivos na diminuição das contaminações por HIV e na sua forma de abordagem dos usuários (Delbon, Da Ros & Ferreira, 2006), a estratégia foi ampliada para usuários de outras substâncias. Mais recentemente, a redução de danos deixa de ser um programa específico, para se tornar uma lógica de pensamento sobre o problema do uso de drogas que, de acordo com a política nacional de atenção ao usuário, deve ser adotada em todos os serviços públicos especializados, bem como em todas as ações políticas, preventivas e educativas sobre o consumo de drogas no país (Ministério da Saúde, 2003).

3. Psicologia: os estudos psicológicos sobre álcool e outras drogas também se distribuem entre as duas formas epistemológicas

básicas da psicologia da saúde, apontadas anteriormente. De um lado, temos a teoria comportamental e a teoria cognitiva, cujos princípios já estão bastante assimilados pela psiquiatria; teorias psicológicas apropriadas, portanto, pelo modelo epistemológico biomédico. Em revisão sobre três teorias sobre a dependência, Garcia-Mijares e Silva (2006) enfatizam a concordância encontrada entre elas em caracterizar a dependência como resultante de processos de aprendizagem em que os efeitos das substâncias, assim como os estímulos associados aos seus efeitos, condicionam o comportamento aditivo como resposta, evidenciando a influência dos princípios comportamentais.

Pesquisas de referencial teórico comportamental partem da concepção de dependência como um conjunto de comportamentos de busca e consumo de álcool que são aprendidos e reforçados intensamente, a ponto de serem mantidos mesmo em circunstâncias desfavoráveis (prejuízos e sofrimento) e de serem facilmente eliciados por estímulos associados ao álcool (Samson, 2000; Weerts, Goodwin, Kaminski & Hienz, 2006). Os princípios comportamentais foram adotados na pesquisa biomédica em função de serem compatíveis com o método experimental e permitirem explicações teóricas sobre a dependência em função das evidências empíricas das bases biológicas associadas ao fenômeno.

Fica ainda mais clara a naturalidade com que a psiquiatria abraça os princípios teóricos comportamentais se retomarmos a revisão de Planeta *et al.* (2007) sobre o percurso histórico dos estudos neurofarmacológicos: os autores apontam que as pesquisas inicialmente focalizaram a neuroadaptação ao álcool (tolerância) e os efeitos aversivos da interrupção do uso (síndrome de abstinência), e posteriormente focalizaram os efeitos prazerosos das substâncias. No primeiro momento, os autores referem que foi desenvolvida a “teoria do reforço negativo”, em que a dependência seria explicada em função da manutenção do consumo para evitar o desconforto da abstinência; no segundo momento, surge a “teoria do reforço positivo”, apontando os efeitos prazerosos das substâncias como grande reforçador do comportamento de consumo.

Um exemplo emblemático dessa associação entre o comportamentalismo e a biologia são os estudos experimentais, que reproduzem em ratos (Sharpe, Coste, Burkhart-Kasch, Li, Stenzel-Poore & Phillips, 2005; Schramm-Sapyta, Kingsley, Rezvani, Propst, Swartzwelder & Kuhn, 2008) e macacos (Weerts *et al.*, 2006) condições de uso e abstinência de álcool. Os animais são treinados a

ingerir regularmente altas doses de álcool, de forma a estabelecer comportamentos de busca ativa pela bebida e/ou de forma a condicionar o uso a estímulos associados ao álcool. Em várias condições de oferta e privação de álcool, com diferentes estímulos inibidores ou reforçadores, são mensurados os efeitos bioquímicos no organismo dos animais e observadas suas condutas, a fim de elaborar conclusões aplicáveis aos humanos.

Quanto ao referencial cognitivo, o consumo de álcool é considerado resultante de tomadas de decisão em função de certos processos cognitivos: seu conjunto de expectativas quanto aos efeitos do álcool; suas crenças relacionadas ao beber e à abstinência; suas crenças sobre si mesmo enquanto consumidor ou dependente; pensamentos automáticos que são disparados nele diante de estímulos associados ao álcool; sua motivação para mudar ou manter comportamentos; e sua auto-eficácia, ou seja, sua percepção acerca da própria capacidade de reagir da maneira desejável frente a situações ou estímulos considerados “de risco” para o consumo ou o abuso.

Em geral, tem se recorrido a uma combinação de princípios comportamentais e cognitivos; por exemplo, investigam-se as expectativas do indivíduo quanto aos efeitos das substâncias ou aos resultados de determinado comportamento (Pedroso, Oliveira, Araujo, Castro e Melo, 2006), propondo que expectativas de resultados positivos de um comportamento (seja ele o consumo ou a abstinência) podem reforçá-lo. Ou ainda como o estudo da auto-eficácia como preditora de mudança de comportamentos aditivos (Romero, Pérez & López, 2007), partindo da hipótese de que, se o indivíduo percebe-se como capaz de responder adequadamente a estímulos estressores ou associados ao beber, é mais provável ele lograr êxito neste enfrentamento.

A perspectiva cognitiva veio acrescentar não apenas novos objetos de estudo às pesquisas sobre uso de psicoativos, mas também novos métodos. Ao enfatizar o pensamento e as decisões conscientes do indivíduo na constituição do uso/dependência de álcool, teoricamente torna-se possível acessar o problema através de perguntas diretas em questionário padronizado, como vemos em estudos que fazem levantamentos sobre fatores de recaída (Alvarez, 2007). Também se torna possível desenvolver escalas para mensurar ou avaliar os aspectos cognitivos envolvidos, como a auto-eficácia (Romero *et al.* 2007) e as crenças e expectativas sobre álcool (Scali & Ronzani, 2007).

Já o outro ramo da contribuição psicológica à área é próximo das ciências sociais, com pesquisas que se aproximam mais da forma

dita construtivista. Com uma perspectiva crítica às bases epistemológicas do modelo biomédico, aproxima-se da noção de integralidade em saúde e enfatiza a análise qualitativa do discurso do sujeito, como protagonista da produção de conhecimento sobre seu uso de drogas e sua saúde. Pesquisas com este viés exploram o discurso do usuário sobre suas experiências de dependência e recuperação (Baus, 2002; Rigotto & Gomes, 2002, Santos & Costa-Rosa, 2007); traçam histórias de vida dos usuários (Nascimento & Justo, 2000); e descrevem suas interações familiares e sociais (Campos & Ferreira, 2007; Silva, Macedo, Derntl & Bergami, 2007). Este tipo de pesquisa ainda é incipiente, se comparado à pesquisa de caráter biomédico, e os tratamentos oferecidos acompanham a mesma tendência hegemônica, como descrito a seguir.

3.2.3. Os tratamentos e o problema da recaída

Além da concepção de dependência, uma questão crucial para a proposta de tratamento do alcoolismo é a definição de recaída e como ela será abordada. Tomar a manutenção da abstinência completa como meta do tratamento implica considerar qualquer ocorrência de consumo como um fracasso terapêutico. Desse modo, a estratégia de tratamento consistirá em evitar situações, lugares e quaisquer fatores considerados de risco para a ocorrência de recaída. Esta é a proposta básica de tratamento dos serviços comunitários e também dos serviços técnicos de saúde (embora nestes, possa apresentar-se mais flexibilizada), tanto nas abordagens medicamentosas como nas psicoterapêuticas.

Os serviços comunitários são os grupos de ajuda mútua e as comunidades terapêuticas (CT). Os grupos de ajuda mútua fazem reuniões regulares, em que os membros partilham experiências e solidarizam-se no propósito de não beber (Baus, 2002); em CT, as pessoas ficam internadas durante longos períodos, a fim de que o isolamento, a rotina de tarefas e o apoio dos pares consolidem o hábito da abstinência (Sabino & Cazenave, 2005). Tanto grupos como CTs são coordenados por ex-usuários e a proposta de recuperação é a manutenção da abstinência através da força de vontade para resistir ao desejo de consumo, contando com o ambiente de acolhimento e mútuo incentivo. Como estes grupos possuem aspectos voltados à espiritualidade, exigências morais e conforto espiritual também são aspectos fundamentais da sua proposta (Baus, 2002; Sabino & Cazenave, 2005).

Os serviços técnicos compreendem as clínicas especializadas, os ambulatórios, os programas de redução de danos, os centros de atenção psicossocial, os hospitais psiquiátricos e as unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. Na rede pública, os serviços de atenção básica também devem estar aptos a oferecer atendimento e encaminhamentos. Atualmente, está popularizada nos serviços de atenção a noção de dependência como fenômeno *multideterminado* ou *biopsicossocial*; no entanto, ao se analisar o discurso dos profissionais, verifica-se o predomínio de visões determinísticas psicologizantes e/ou biologizantes, enquanto que o aspecto social do problema é entendido como “influência do ambiente” sobre a personalidade, tomando o termo “ambiente” sob uma concepção acrítica e ahistórica (Schneider, 2010).

Na visão psicologizante, a dependência é determinada pela estrutura de personalidade do sujeito e em função de suas características psicopatológicas. Na visão biologizante, por sua vez, a dependência é determinada por condições genéticas e neuroquímicas, e também pelo efeito orgânico das substâncias. Verifica-se uma concepção hegemônica sobre a dependência, comum a serviços técnicos e comunitários, que é ao mesmo tempo subjetivista e psicopatologizante, ora organicista, ora ambientalista; esta concepção embasa propostas de tratamento voltadas à abstinência, sem considerar a função do uso de drogas no contexto de vida do sujeito (Schneider, 2010).

Na prática, portanto, o modelo biopsicossocial tem servido para sintetizar visões aparentemente divergentes sobre o fenômeno, sob uma concepção de dependência como doença crônica determinada por fatores intra-individuais, cujo tratamento consiste na modificação do comportamento, através de intervenções sobre seus aspectos orgânicos (tratamento medicamentoso) e psicológicos (tratamento psicoterapêutico), visando à manutenção da abstinência.

No tratamento medicamentoso, o efeito esperado é a redução da probabilidade de ocorrência de recaída. Medicamentos que agem sobre neurotransmissores do sistema GABA (acamprosato e topiramato) e receptores opióides (naltrexona) alteram o efeito neuroquímico do álcool; teoricamente, essas ações podem minimizar o *craving* e diminuir os efeitos gratificantes do álcool, facilitando o autocontrole e a manutenção da abstinência (Bouza *et al.*, 2004; Killeen, Brady, Gold, Simpson, Faldowski, Tyson & Anton, 2004; Baltieri, Daró, Ribeiro & Andrade, 2008). Em revisão recente, Kenna (2005) aponta ainda estudos sobre o uso de outros fármacos, com ação sobre a dopamina (associada à

motivação), serotonina (associada aos efeitos gratificantes do álcool e à tolerância) e glutamato (associado aos sintomas de abstinência).

Também são utilizados vários medicamentos psiquiátricos, para potencializar a ação dos referidos acima (Farren, Scimeca, Wu & Malley, 2009) e/ou para manejar comorbidades ou sintomas psíquicos que dificultem a manutenção da abstinência (Alves, Kessler & Ratto, 2004): benzodiazepínicos (os quais também podem causar dependência), anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos. Além do uso convencional destes medicamentos, ou seja, no controle de sintomas para os quais foram desenvolvidos, alguns vêm sendo testados em busca de possíveis efeitos específicos sobre a dependência – mesmo antipsicóticos, como a Olanzapina (Guardia, Segura, Gonzalvo, Iglesias, Roncero, Cardús & Casas, 2004).

Outro medicamento utilizado é o dissulfiram ou “antietanol”, cujo efeito sobre o alcoolismo se dá indiretamente, por um artifício comportamental. O dissulfiram é um inibidor da aldeído-desidrogenase, levando ao aumento de acetaldeído (substância tóxica produzida no metabolismo do álcool) no organismo. Se o sujeito em tratamento ingerir álcool, sentirá intenso mal-estar, com hipotensão, náuseas, dores, vômitos ou pior (Kenna, 2005). A expectativa é de que o paciente tome o remédio diariamente e não beba por medo desta reação desagradável à combinação do dissulfiram com álcool.

As farmacoterapias são coadjuvantes de um processo de mudança que se dará efetivamente conforme as decisões do sujeito, sendo recomendada a combinação de medicamentos e psicoterapia ou monitoramento do paciente (Alves *et al.*, 2004; Castro & Baltieri, 2004; Zweben, Pettinati, Weiss, Youngblood, Cox, Mattson, Gorroochurn & Ciraulo, 2008). Estas psicoterapias são, em geral, baseadas em combinações de princípios comportamentais e cognitivos e, embora na literatura encontremos revisões que descrevem vários tipos de intervenções (Silva & Serra, 2004; Luty, 2006; Rangé & Marlatt, 2008), em geral mostram-se muito semelhantes, como apresentado a seguir.

Terapia comportamental-cognitiva, ou TCC, é um nome genérico dado à combinação de princípios cognitivos e comportamentais aplicados ao tratamento de usuários de drogas em geral. Do ponto de vista comportamental, busca-se identificar e modificar os fatores de reforçamento positivo e negativo do comportamento de busca e consumo de álcool, minimizando os primeiros e potencializando os últimos. Por exemplo, identificar estímulos ambientais associados ao

beber e treinar respostas de enfrentamento, ou incentivar o paciente a buscar outras fontes de prazer ou alívio de tensões (Rangé & Marlatt, 2008).

O aspecto cognitivo, que recebe maior destaque, imprime um caráter pedagógico à terapia, considerada um processo de aprendizado em que o paciente deve adquirir clareza acerca dos aspectos disfuncionais ou equivocados de suas crenças e expectativas, contando com a orientação ativa do terapeuta no sentido de esclarecê-lo. A meta é que o paciente desenvolva a capacidade de identificar o acionamento de pensamentos automáticos, como idéias de fracasso ou impotência, para que possa evitar os comportamentos que usualmente decorrem deles, como o abandono do tratamento ou a quebra da abstinência. (Silva & Serra, 2004).

O treinamento de habilidades é descrito tanto como um aspecto da TCC (Rangé & Marlatt, 2008) quanto como uma terapia em si, baseada nos mesmos princípios da TCC, porém adaptada aos casos de dependência de substâncias e aplicável por profissionais de saúde sem formação em psicoterapia (Silva & Serra, 2004). Consiste em desenvolver habilidades sociais para enfrentamento de situações difíceis. Mediante orientações e dramatizações (*role-playing*), são simuladas as situações de dificuldade e treinadas habilidades como, por exemplo, as referentes à assertividade, aceitação de críticas e frustrações, recusa de ofertas de bebida e manejo da fissura e dos sentimentos negativos.

Há várias outras intervenções que são desdobramentos da TCC, podendo ser utilizadas isoladamente ou como técnicas de uma terapia mais ampla (Luty, 2006). Por exemplo, há a técnica de exposição gradativa a estímulos associados ao álcool (*cue exposure*), em que se busca uma progressiva dessensibilização do sujeito em relação aos estímulos que lhe causam fissura ou sintomatologia de abstinência (cheiro de álcool, por exemplo). A *Social behavior and network therapy* (SBNT) enfatiza a reorganização da rede social do paciente, de modo que ele passe a conviver mais com pessoas que lhe favoreçam a mudança. Já o manejo de contingência (*contingency management*) consiste em um programa de recompensa: pessoas que cumprem determinadas etapas de tratamento ou comprovam abstinência em certo período (mediante exames de bafômetro, por exemplo) fazem jus a prêmios (Luty, 2006). Um procedimento eticamente questionável, pois paga a pessoas para não beber.

A **prevenção de recaída**, desenvolvida por Marlatt, parte da premissa de que a dependência é um hábito que pode ser mudado mediante tomada de decisões (Marlatt, 1993). Semelhante ao treinamento de habilidades, propõe uma mudança de estilo de vida, baseada na identificação de fatores de risco para recaída. O sujeito deve conscientizar-se dos processos cognitivos que levam ao beber, reestruturando suas atividades diárias de modo a evitar lugares, pessoas ou situações consideradas de risco, e se preparar para responder adequadamente caso se depare com tais circunstâncias. (Silva & Serra, 2004).

A **entrevista motivacional**, de Miller e Rollnick, também utiliza treinamento de habilidades ou estratégias de prevenção de recaída. Porém, seus criadores destacam que há um percurso terapêutico anterior a ser percorrido, em que é preciso lidar com mecanismos defensivos do sujeito, sua negação, sua ambivalência, enfim, sua resistência à mudança; para tanto, destacam a importância da empatia, de evitar argumentação e confrontação e de desenvolver a discrepância entre a situação desejada pelo paciente e sua situação atual, a fim de levá-lo a ponderar razões para mudar (Miller & Rollnick, 2001). Outro papel importante do terapeuta é o de fortalecer a auto-eficácia, à medida que o paciente começa a empreender mudanças.

A entrevista motivacional é derivada do “Modelo Transteórico” de Prochaska e DiClemente (Miller & Rollnick, 2001), apontado como a contribuição mais importante para o tema atualmente (Szupszynski & Oliveira, 2008). É um modelo explicativo da mudança de comportamentos referentes a hábitos (consumo de álcool, fumo, alimentação, conduta sexual de risco) e a problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e outros (Prochaska & Prochaska, 1999). O modelo é dito “transteórico” porque resultaria da análise de múltiplas teorias sobre mudanças de comportamento, incluindo cognitivas, comportamentais, existenciais, humanistas, psicanalíticas e gestálticas, a partir do que foi formulada uma explicação genérica (Szupszynski & Oliveira, 2008). A mudança de comportamento é então descrita como um processo que obedece a uma seqüência de cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Prochaska & Prochaska, 1999).

A pré-contemplação corresponde ao momento em que a pessoa minimiza ou nega seus problemas. A contemplação é o reconhecimento dos riscos ou danos relacionados ao comportamento em questão, iniciando as ponderações sobre a necessidade de mudar; é um momento

marcado pela ambivalência. A fase de preparação é a tomada de decisão de mudar o comportamento e o início do planejamento de como empreender a mudança, sendo que a passagem do planejamento à prática corresponde ao estágio da ação. A manutenção é a estabilização da mudança, para que seja efetiva e duradoura, consolidando os ganhos alcançados no processo da ação; é neste estágio que se situam as medidas de prevenção de recaída. Caso ocorra recaída, o papel do terapeuta é fazer o paciente retomar o processo a partir do estágio em que foi interrompido (Miller & Rollnick, 2001).

Essa inclusão da recaída como parte esperada do processo de mudança representa um avanço em relação aos grupos de ajuda mútua e dos tratamentos mais tradicionais. Sendo a recaída um fenômeno tão freqüente, ocorrendo com cerca de 70% a 90% das pessoas já nos três primeiros meses após o início do tratamento (Alvarez, 2007), uma intervenção que não preveja sua ocorrência será incoerente com a realidade, penalizando o indivíduo com desnecessária carga de frustração. Isso pode gerar conseqüências como o “efeito de violação da abstinência” (Silva & Serra, 2004), em que o sujeito, tomando a ocorrência de recaída como fracasso, abandona suas estratégias de tratamento e retorna ao antigo hábito. Por isso, alguns autores fazem distinção entre o *lapsos*, ou a violação inicial da abstinência, e a recaída propriamente dita, em que há persistência do consumo (Silva & Serra, 2004).

Contudo, note-se que todas as intervenções mencionadas colocam a abstinência como meta do tratamento e preocupam-se com o enfrentamento de fatores considerados de risco para voltar a beber. Mesmo que não signifique o fracasso do tratamento, a quebra da abstinência deve ser evitada e combatida, pois presume-se que a tendência de quem recai é sempre voltar à dependência. A abstinência deve ser retomada o quanto antes e as ocorrências de recaídas devem ser diminuídas em sua freqüência, duração e quantidade de álcool consumido. Esta visão é semelhante à dos tratamentos farmacológicos, daí as recomendações para que estas modalidades terapêuticas sejam combinadas.

Outro aspecto comum dentre as intervenções é a base comportamental-cognitiva. Mesmo o modelo “transteórico” – denominação questionável, por pretender apresentar uma espécie de modelo sintético ou transversal a teorias tão díspares quanto psicanálise e comportamentalismo – apresenta um caráter basicamente comportamental-cognitivo, dados os seus conceitos fundamentais, como

auto-eficácia e tomada de decisão, consideradas elementos centrais da mudança de comportamento (Prochaska, 2008). Estudos que combinam esta base teórica, a perspectiva sobre a recaída referida acima e abordagens quantitativas são predominantes na revisão de literatura internacional sobre o tema álcool e drogas, indicando uma corrente hegemônica de pesquisa na área.

3.3. A pesquisa sobre dependência de álcool e recaída – problemas atuais

3.3.1. Pesquisas recentes sobre o problema da recaída

Os quadros 1 e 2 ilustram a predominância do tipo de estudo referido acima na literatura revisada, apresentando a distribuição do número de artigos encontrados conforme o referencial teórico adotado e a abordagem metodológica, se quantitativa ou qualitativa. A revisão se procedeu da seguinte forma: a partir do portal *Scopus*, foi realizada busca pelos descritores “relapse” e “alcohol”, nos campos “título”, “resumo” e/ou “palavras-chave”, incluindo artigos publicados de 2004 a 2009. Os resultados foram inicialmente ordenados por periódico; foram excluídos os periódicos não-especializados no tema de álcool e drogas e também os que não tinham conceito “A” no WebQualis da Capes. Dos restantes, foram selecionados os quatro que apresentaram maior número de artigos correspondentes aos descritores da busca: três revistas americanas e uma inglesa. Para diversificar mais as fontes, foi incluído ainda um periódico espanhol, apesar de não ter avaliação no WebQualis.

Dentre os artigos, foram selecionados apenas os que se referissem à questão da recaída em usuários de álcool (ou usuários de drogas em geral, incluindo álcool) adultos. Foram excluídos artigos em função dos seguintes critérios: estudo de outras substâncias que não o álcool; abordagem de grupos específicos (por exemplo, adolescentes, mulheres, profissionais de determinada área); estudo de recaída em outro contexto que não o de uso de psicoativos (por exemplo, recaída referindo-se a tratamentos contra o HIV e doenças crônicas) e os que apareceram entre os resultados da busca apenas por mencionar o descritor, não sendo a recaída o objeto do estudo.

Tabela 01. Distribuição de artigos por referencial teórico.

	Comportamen- tal-cognitivo	Neuroló- gico	Epidemio- lógico	Outro	Total
Periódico 1	3	2	4	0	9
Periódico 2	12	12	4	0	28
Periódico 3	9	6	4	0	19
Periódico 4	4	1	8	3	16
Periódico 5	6	1	1	1	9
Total	34	22	21	4	81

A classificação em “comportamental-cognitivo” incluiu estudos de avaliação das modalidades psicoterapêuticas aqui descritas e estudos que utilizaram os conceitos derivados de teorias cognitivas ou comportamentais. A classificação como “neurológico” incluiu artigos sobre funções cerebrais, medicamentos e pesquisas experimentais sobre comportamento (estas utilizam também o comportamentalismo, porém enfocam as funções biológicas como determinantes do comportamento). Já os artigos com dados de prevalência, taxas de recaída e recuperação, e dados sociodemográficos foram incluídos entre os “epidemiológicos”.

Tabela 02. Distribuição de artigos por abordagem metodológica.

	Quantitativo	Qualitativo	Não aplicável	Total
Periódico 1	9	0	0	9
Periódico 2	28	0	0	28
Periódico 3	18	0	1	19
Periódico 4	13	2	1	16
Periódico 5	7	1	1	9
Total	75	3	3	81

O quadro 3 apresenta a distribuição dos artigos encontrados a partir de buscas realizadas no *Scopus* em revistas brasileiras, de 2004 a 2009. Como poucos artigos foram encontrados a partir do descritor “recaída”, fez-se buscas também pelos descritores “álcool” e “dependência”. Foram revisados dois periódicos de psiquiatria (Revista

Brasileira de Psiquiatria e Jornal Brasileiro de Psiquiatria), dois multidisciplinares sobre saúde (Cadernos de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva) e cinco (três a mais em função do escasso número de artigos) periódicos de psicologia com conceito A no WebQualis (Estudos de Psicologia, Psicologia Reflexão e Crítica, Psicologia Teoria e Pesquisa, Psicologia e Sociedade e Psicologia em Estudo. Foi localizada apenas uma publicação nacional especializada em álcool e drogas, não incluída no quadro por ter avaliação no WebQualis muito inferior às demais revistas consideradas (B5).

Tabela 3. Número de artigos por descritor e por tipo de publicação (2004-2009).

	Revistas de Psiquiatria	Revistas de Saúde	Revistas de Psicologia
Recaída	11	0	0
Álcool	59	56	11
Dependência ^a	20	13	6

^aForam excluídos artigos que se referiam a outro tipo de dependência, que não de substâncias (Ex: idosos dependentes de cuidado e crianças dependentes da mãe).

A situação ilustrada por estes quadros é caracterizada pela hegemonia de uma perspectiva biomédica na abordagem do problema da recaída entre usuários de álcool: predominam as pesquisas enfocando aspectos biológicos e cognitivo-comportamentais da dependência, via de regra com abordagem quantitativa. Isto pode ser parcialmente explicado pelas reservas com que a pesquisa qualitativa é encarada em alguns meios acadêmicos, por uma suposta falta de objetividade e rigor metodológico. Fica clara, assim, uma postura epistemológica de influência positivista, ou seja, de produção de conhecimento calcada no empenho do pesquisador em estudar um objeto da forma mais objetiva e neutra possível, buscando explicações de nexos causais generalizáveis e partindo do estudo da patologia para definir a saúde.

Sem ignorar os avanços que este tipo de pesquisa promoveu, há debates sobre a necessidade de mudanças no modo de se produzir estudos na área (Orford, 2008). Os principais questionamentos levantados a partir da revisão da literatura são: 1) as limitações das pesquisas experimentais sobre o comportamento; 2) os resultados controversos e modestos dos estudos sobre eficácia de medicamentos e

de psicoterapias; 3) críticas ao modelo transteórico; e 4) desconsideração da contribuição das ciências sociais, reproduzindo um modelo de compreensão da dependência focado em fatores intra-individuais e fundamentado numa concepção biomédica de saúde.

3.3.2. Discussões teóricas: Pesquisa experimental e avaliações da eficácia dos tratamentos

Minayo (2006) coloca que o desenvolvimento da genética contemporânea tem levado os cientistas a retomarem o sonho dos bacteriologistas do início do século XX: agora, como então, ganha força uma ideologia de pensar a saúde apenas do ponto de vista de seus determinantes biológicos, investindo-se no desenvolvimento de tecnologias de combate à doença e de investigação de seus determinantes genéticos. No caso da saúde mental, observamos este mesmo movimento, mas em função menos da genética e mais das neurociências. Os novos conhecimentos sobre neurotransmissores e os exames de neuroimagem oferecem hipóteses e meios de investigação para a busca de uma localização cerebral dos determinantes dos comportamentos e das cognições.

Qualquer pesquisa experimental neste sentido precisa lidar com algumas limitações inerentes ao método, em função da artificialidade da situação em laboratório. Em pesquisas experimentais que envolvem comportamentos humanos, estas limitações se acentuam, em função da complexidade do objeto, cujos aspectos subjetivos são tão relevantes e difíceis de controlar. O grau de importância atribuído a tais aspectos subjetivos varia conforme a perspectiva teórica-epistemológica adotada, de modo que a discussão sobre o alcance da pesquisa experimental pode ficar engessada no embate entre opositores e defensores radicais. Deixando à parte a discussão epistemológica (retomada mais adiante neste trabalho), cabe destacar aqui a crítica de Darke (2008) às pesquisas com modelos animais aplicadas ao estudo da dependência de álcool.

O autor argumenta que modelos com animais não têm como prover informação adequada sobre comportamentos humanos (Darke, 2008). Primeiramente, pelo simples fato de que animais não são humanos, e em segundo lugar, porque o laboratório oferece uma reprodução muito reduzida do evento real. Formular um modelo de comportamento analisável em animais implica desconsiderar vários fatores do comportamento humano, de forma que o descaracterizam. Os

comportamentos observados são, portanto, tão distantes do humano, que se torna inviável estabelecer analogias e aplicar os achados do estudo à explicação da conduta humana. Além da transposição animal-humano, a transposição laboratório-evento real também é questionada por Darke, que cita discrepâncias entre conclusões de estudos experimentais e as situações clínicas reais.

Pesquisas experimentais com seres humanos têm se voltado ao exame do cérebro, partindo do que Planeta (2007) chamou de “teoria do reforço neuroquímico”, ou seja, o próprio efeito do álcool no cérebro constitui o reforçador que condiciona a busca e consumo de álcool. Assim, a exposição à substância seria o fator de risco crítico para o desenvolvimento da dependência. Porém, o fato de que, dentre muitos indivíduos que bebem, apenas uma minoria desenvolve dependência ou uso abusivo, indica que outros fatores determinam a diferença entre uso, abuso e dependência (Planeta, 2007).

Já as pesquisas sobre eficácia de medicamentos têm apresentado resultados heterogêneos. Baltieri *et al.* (2008) indicam eficácia do topiramato na manutenção da abstinência, mas apenas a curto prazo (até 8 semanas); o mesmo estudo não encontrou diferença significativa entre o efeito da naltrexona e do placebo. Há estudos que indicam eficácia da naltrexona e do acamprosato (Castro & Baltieri, 2004, Bouza *et al.* 2004), sendo o acamprosato considerado mais eficaz. Já outros estudos apontam certa superioridade da naltrexona, mas não apresentam diferenças entre o tratamento com qualquer dos medicamentos e com placebo (Morley, Teeson, Reid, Sannibale, Thomson, Phung, Weltman, Bell, Richardson & Haber, 2006).

No caso do dissulfiram, encontra-se tanto estudos que o apontam como mais eficaz do que outros medicamentos e também do que TCC (Brewer, 2005), quanto estudos que não encontraram diferenças na comparação com placebo (Kenna, 2005). De qualquer modo, em função de seu mecanismo de ação, é amplamente aceito que a eficácia do dissulfiram, quando observada, está condicionada à relação estabelecida com o paciente, através da crença deste na eficácia do tratamento (Castro & Baltieri, 2004) e/ou da adesão ao tratamento com acompanhamento e supervisão profissionais (Kenna, 2005; Brewer, 2005, De Souza, De Souza & Kapoor, 2008).

Medicamentos psiquiátricos desenvolvidos para outros transtornos também vêm sendo testados, como o antipsicótico olanzapina (Guardia *et al.*, 2004), antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS's) (Chick, Aschauer & Hornick, 2004;

Farren *et al.*, 2009) e anticonvulsivantes, como a oxcarbazepina (Croissant, Diehl, Klein, Zambrano, Nakovics, Heinz & Mann, 2006). Estes estudos têm constatado efeitos modestos e/ou que se mantém apenas a curto prazo e dentro de determinadas condições; Chick *et al.* (2004) ressaltam ainda que os ISRS's tendem a ser eficazes somente em casos em que existem transtornos depressivos ou de ansiedade comórbidos. Em artigo de revisão, Kenna (2005) sumariza os resultados das pesquisas de medicamentos em geral como sendo desanimadores.

Como os fármacos estudados têm mecanismos de ação diferentes, e também em função da ampliação do número de neurotransmissores que vêm sendo estudados e estão possivelmente envolvidos nos mecanismos da dependência, Kenna (2005) aponta para a relevância de se pensar em abordagens multifarmacológicas. Além disso, na medida em que se acumulam resultados que apontam a variabilidade dos efeitos dos medicamentos e que ressaltam a importância da relação terapêutica, desenvolvem-se tratamentos que lançam mão de diferentes combinações de medicamentos e modalidades de intervenção psicoterapêuticas.

O Estudo COMBINE (*COMBINE study*) é um grande estudo de avaliação da eficácia de combinações de terapias de base comportamental-cognitiva e uso de naltrexona e acamprosato (Kenna, 2005; Zweben *et al.*, 2008; Kalant, 2008). Os principais resultados foram considerados decepcionantes: acamprosato não mostrou maior eficácia do que placebo; naltrexona e terapia comportamental apresentaram discreta diferença em relação ao placebo; e combinações de terapias não mostraram melhores resultados do que monoterapias (Kalant, 2008). Em função destes resultados, questiona-se a utilidade do tratamento medicamentoso (Bergmark, 2008), ao que Kalant (2008) responde ponderando que, embora não se tenha verificado diferenças entre os tratamentos com medicação, os resultados indicam que todos mostraram melhores resultados do que a abordagem psicoterapêutica sem medicação.

Não obstante a indicação de eficácia, os resultados são alvo de críticas porque o estudo COMBINE não discute os mecanismos através dos quais teriam se dado as mudanças encontradas no beber dos participantes. O estudo não fornece embasamento para afirmar que essas mudanças são devidas às intervenções específicas avaliadas, e não devidas a fatores relacionados ao contexto do serviço médico, à distribuição de medicamentos ou à relação entre terapeuta e paciente (Bergmark, 2008). Assim, é possível que a variabilidade entre os

terapeutas seja mais influente na clínica do que a variabilidade dos tratamentos.

Discussão semelhante existe em relação às psicoterapias. Recentemente foram realizados dois grandes estudos: na Europa, o *United Kingdom Alcohol Treatment Trial* (UKATT), e nos EUA, o *Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity)*, o maior e mais caro estudo do tipo já realizado (Luty, 2006). Eles avaliaram resultados de diferentes intervenções psicoterapêuticas, partindo da hipótese de que diversos tipos de pacientes responderiam de forma diferente às terapias; assim, determinando-se que tipo de terapia é mais adequado às características do paciente, obter-se-iam melhores resultados (UKATT research team, 2007; Zywiak, Stout, Longabaugh, Dyck, Connors & Maisto, 2006).

O UKATT comparou a entrevista motivacional e a SBNT (*social behavior and network therapy*), enquanto o projeto MATCH comparou entrevista motivacional, TCC e abordagem de facilitação dos 12 passos⁴. O UKATT é mais recente, sendo baseado no MATCH e tendo realizado replicações de alguns de seus estudos. Não foram encontradas diferenças estatística ou clinicamente significativas entre os resultados dos tratamentos avaliados, bem como não se encontraram evidências do suposto efeito vantajoso da adequação do tipo de terapia ao tipo de paciente (Cutler & Fishbain, 2005; Luty, 2006; UKATT research team, 2007).

Assim como ocorreu com o estudo COMBINE, restou o argumento de que os resultados reforçavam a idéia de que qualquer tratamento ainda seria melhor do que nenhum. Estudos de seguimento com alcoolistas em recuperação, partindo dessa interpretação, verificaram melhores resultados em pacientes que recebiam tratamento em comparação com os que pararam de beber por conta própria (Weisner, Matzger & Kaskutas, 2003). Vários estudos relacionam a adesão ao tratamento com melhores resultados em termos de mudança de comportamento (Wallace & Weeks, 2004; Zweben et al, 2008). Entretanto, há problemas quanto à atribuição destes ao efeito das psicoterapias, bem como à definição do que seriam estes “melhores resultados”.

⁴ Facilitação dos 12 passos é uma modalidade de intervenção focalizada no estímulo à aceitação e adesão do paciente ao tratamento em AA ou grupo de mútua ajuda semelhante. O AA e grupos análogos baseiam sua proposta de tratamento em um programa de 12 passos, que envolvem a aceitação da impotência do indivíduo frente ao alcoolismo, o reconhecimento de que precisa de ajuda, o comprometimento com a manutenção de abstinência completa e a reverência a Deus.

Por exemplo, Cutler e Fishbain (2005), em estudo de seguimento com alcoolistas em recuperação com e sem tratamento, encontraram correlações muito pequenas entre receber tratamento e melhora em termos de abstinência e redução de consumo, bem como apontam que muito pouco da variância (em média 3%) dos resultados pode ser atribuído ao efeito do tratamento. Os autores também chamam a atenção para um possível “efeito de seleção”, ou seja, pacientes que continuam bebendo têm maior probabilidade de abandonar tratamento, enquanto pacientes que reduzem seu consumo têm maior probabilidade de entrar ou de permanecer em tratamento.

A idéia do efeito de seleção inverte o raciocínio que apóia a eficácia dos tratamentos: o paciente não muda porque procura ou fica em tratamento, mas sim, só entra ou fica em tratamento porque muda. Mudanças nos comportamentos de beber são observadas, mas é difícil afirmar se os tratamentos são determinantes da mudança ou se são apenas um fator constitutivo de um processo de mudança determinado por outros fatores. Esse questionamento ganha força com os resultados de estudos sobre recuperação de alcoolistas tratados e não-tratados, que encontram semelhanças entre os dois grupos e destacam a importância crucial da rede social (apoio familiar e trabalho) para a recuperação em ambos os casos (Gómez & Acuña, 2007; Carballo, Fernández-Hermida, Cades-Villa & García-Rodríguez, 2008), em detrimento da importância de fazer tratamento.

Perguntar aos próprios pacientes sobre sua recuperação também lança dúvidas sobre a eficácia dos tratamentos, pois eles referem grande variedade de fatores de recaída (Alvarez, 2007) e de recuperação (Orford, Hodgson, Copello, Wilton & Slegg, 2009). Orford *et al.* (2009) apontam ainda que a mudança é atribuída principalmente à determinação do próprio paciente; a importância do tratamento é mencionada, mas em função do benefício que o paciente percebe na relação acolhedora com um terapeuta, em que pode falar abertamente. Resultados que reforçam o argumento de Bergmark (2008), sobre a maior relevância da relação terapêutica do que da técnica aplicada.

A diferença de interpretação dos resultados dos estudos sobre adesão e eficácia dos tratamentos ilustra o embate epistemológico em jogo. As pesquisas que partem de uma perspectiva biomédica tomam a adesão a tratamento como uma característica intrínseca do indivíduo – ser um “não-aderente” é preditor de mau prognóstico, sendo necessário modificar essa característica. Por outro lado, quando a adesão é definida enquanto fenômeno inter, e não intra-individual, impõe-se uma pergunta

que, apesar de pertinente, tem sido ignorada em vários estudos sobre a adesão: o que o tratamento (ou o serviço, o terapeuta) tem a ver com a não-adesão ao tratamento?

Autores que levantaram perguntas neste sentido recorreram à abordagem qualitativa, percebendo a necessidade de compreender melhor a visão do paciente, chegando à conclusão de que vários problemas dificultavam a adesão, desde aspectos práticos triviais, como horários inconvenientes dos atendimentos, até condições socioeconômicas adversas e insatisfação com o serviço (Laudet, Stanick, & Sands, 2009). Nesta medida, a não-adesão a tratamento não é uma característica problemática que o paciente traz consigo, mas o resultado de um serviço que oferece um tratamento que não contempla as necessidades de quem o procura (Miller & Miller, 2009).

Os estudos da não-adesão a tratamento exemplificam um aspecto problemático da abordagem biomédica que desconsidera as contribuições de estudos qualitativos: efeitos relacionados ao contexto sociocultural e à interação terapeuta-paciente são desprezados e os fenômenos são explicados apenas em função de fatores intrínsecos ao indivíduo. Daí decorrem as modalidades de tratamento descritas até aqui, que tomam a dependência de álcool como uma entidade patológica de que o indivíduo é portador, a ser controlada através da modificação pontual do comportamento de beber, mediante estratégias de conscientização e treinamento do indivíduo para reconhecer o problema e evitar estímulos e reforçadores do comportamento.

Estes tratamentos (medicamentosos e psicoterapêuticos) também têm os mesmos parâmetros para medir seus resultados: tempo transcorrido até o primeiro consumo após a instalação da abstinência, número de dias de abstinência, número de dias de consumo, número de doses consumidas em cada dia de consumo – enfim, o resultado é tanto mais positivo quanto menor for o consumo. Desse modo, a despeito do reconhecimento das implicações sociais, econômicas, familiares e de saúde (física e mental) do alcoolismo, os tratamentos tendem a manter a proposta de intervenção breve focada na redução do consumo, partindo da premissa de que tudo o mais na vida do paciente melhorará quando o beber for controlado (Miller & Miller, 2008).

Enfim, não só os tratamentos têm se mostrado pouco eficazes, como a parcela de eficácia que é verificada não se pode atribuir seguramente a eles. Mesmo que se fique restrito à lógica que considera a mudança do comportamento de beber como o resultado desejável, ainda cabe o questionamento de que fazer tratamento pode ser apenas uma

parte constituinte do movimento de mudança, e não seu determinante. Para além disso, tratamentos com este foco ficam distanciados da realidade do sujeito que atendem, desconsiderando que muitos pacientes referem outras demandas, tão ou mais urgentes do que abstinência, como necessidades de emprego, moradia ou resolução de conflitos familiares (Laudet *et al.*, 2009).

Apesar destes resultados, não chega a ser surpreendente a continuidade do investimento neste tipo de tratamento. A tradição biomédica garante sustentação para o uso de medicamentos e também para as psicoterapias, e o modelo “transteórico” de Prochaska forneceu uma espécie de síntese de conceitos comportamentais e cognitivos aplicados à questão da dependência, apropriada pelos profissionais médicos. Além dos tratamentos, também as pesquisas continuam produzindo material sobre fatores cognitivos e comportamentais associados à recaída, valendo-se do modelo transteórico. No entanto, o modelo tem recebido críticas, mesmo de autores que trabalham na mesma perspectiva epistemológica.

West (2005) sintetiza várias destas críticas, a começar pela artificialidade da divisão entre os estágios de mudança, cuja distinção arbitrária faz pouco sentido na prática; a classificação dos indivíduos em função desses estágios oferece um verniz de objetividade científica a descrições e predições que não diferem do senso comum (por exemplo, classificar alguém como “pré-contemplativo” não diz mais do que simplesmente perguntar ao sujeito se ele pensa em parar de beber e ele responder “não”). A falsa impressão de diagnóstico científico permite que se valorizem resultados pouco relevantes, como mover alguém da “pré-contemplação” para a “contemplação”.

Outra questão é a ênfase nos processos de tomada de decisão e de planejamento de estratégias de mudança (West, 2005). O modelo parte da premissa simplista de que as pessoas mudam em função de decisões racionais e de ações planejadas, como se o comportamento humano fosse totalmente resultante de escolhas conscientes. Para além do que o autor aponta, pode-se acrescentar que o modelo transteórico é simplista desde sua concepção de sujeito, cujos comportamentos seriam determinados em função das características intrínsecas ao indivíduo (seu organismo, suas cognições). Este questionamento pode ser dirigido a todos os tratamentos descritos até aqui, inclusive os de ênfase comportamental, defendidos por West (2005), e às pesquisas que adotam o referencial comportamental-cognitivo.

A ênfase em aspectos individuais leva grande parte das pesquisas a apresentar algum dos problemas apontados por Orford (2008): negligência da importância da relação terapeuta-paciente e dos efeitos do contexto e da rede social; não levar em conta os resultados de pesquisas sobre recuperação sem tratamento; ignorar o ponto de vista do paciente; e desconsiderar a contribuição das ciências sociais, tanto em termos de método quanto em relação à relevância de sua crítica epistemológica. O autor ainda pondera que a pesquisa sobre dependência de drogas mantém uma resistência ao questionamento do seu modo de fazer ciência, marcado pelo empiricismo lógico e busca de elevada neutralidade e objetividade (Orford, 2008) – um modo de fazer ciência ainda hegemônico internacionalmente, como também indica a revisão de literatura aqui apresentada.

3.3.3. Concepções de saúde e o olhar sobre a recaída

Retomando a discussão sobre as concepções de saúde, foi ponderado anteriormente que a definição “biopsicossocial” de saúde não chega a ser uma ruptura com o modelo biomédico de compreensão da saúde como ausência de doença. Na pesquisa e intervenção sobre a dependência, ocorre o mesmo, pois se define a recuperação a partir do controle do beber – subjaz uma definição negativa de saúde, portanto. Há inclusão de aspectos psicológicos, mas apenas como características intrínsecas do indivíduo (auto-eficácia, motivação, *craving*, etc) que concorrem para a manutenção ou mudança da conduta patológica.

De forma semelhante, aspectos sociais são considerados, mas apenas em sua dimensão de estímulos ambientais indutores ou reforçadores do comportamento-sintoma, como no caso da pressão social para o uso, os conflitos interpessoais e as situações, lugares ou pessoas identificadas como de risco para a recaída (Marlatt & Witkiewitz, 2009; Hunter-Heel, McCrady & Hildebrandt, 2009). Em suma, mantém-se a mesma lógica biomédica, apenas acrescida de elementos psicológicos e sociais na mesma equação etiológica, que procura no indivíduo os determinantes da doença e intervém sobre o indivíduo a fim de controlar esta doença.

Recursos da psicologia têm sido apropriados pelos médicos, mas também os psicólogos por vezes reproduzem práticas semelhantes, em função de sua tendência de tentar transpor para os serviços públicos de saúde o modo de atendimento clínico individual (Guimarães, 2007). Voltando-se também para a intervenção sobre aspectos intra-individuais, através de técnicas comportamental-cognitivas, os psicólogos colocam-

se a serviço de práticas disciplinadoras, contribuindo para a imposição de padrões de comportamentos quanto a hábitos, estilos de vida, práticas de risco (Jesus & Rezende, 2006), enfim, prescrições e proscricções baseadas na autoridade técnica, mesmo que não contemplem as necessidades das pessoas atendidas (Laudet *et al.*, 2009).

Esse tipo de intervenção gera pelo menos dois grandes problemas em relação à questão da recaída. Primeiro, o profissional pode adotar uma atitude fiscalizadora da abstinência, o que é incoerente com qualquer psicoterapia – que por definição, é espaço de escuta e acolhimento. Essa postura parece ainda mais equivocada diante das pesquisas que apontam que a relevância da psicoterapia para a recuperação é justamente a qualidade da relação terapêutica, e não a aplicação da técnica. Contudo, não só tal prática se mantém, como se desenvolvem outras ainda mais restritas, como monitoramento de pacientes por telefone, para conferir a observância do planejamento de prevenção de recaída (McKay, Lynch, Shepard, Morgenstern, Morgan & Pettinati, 2005; Mundt, Moore, & Bean, 2006), ou até o uso de exames laboratoriais para fiscalizar a abstinência (Junghanns, Graf, Pflüger, Wet, Ziems, Ehrenthal, Züllner, Dibbelt, Backhaus, Weinmann & Wurst, 2009).

Posturas mais radicais como estas últimas não apenas desconsideram como também prejudicam o estabelecimento de uma relação terapêutica, pois criam situações em que o terapeuta assume um papel de fiscal – e é um contra-senso qualificar como “terapêutica” uma interação em que a escuta oferecida ao sujeito se restringe à cobrança de certa conduta, ainda mais submetendo-o a exames para confirmar seu relato. Ao invés de acolhimento, o paciente encontra disciplina e constrangimento, e a recaída deixa de ser um problema a ser enfrentado com a ajuda do terapeuta, para ser uma falha que deve ser confessada a ele.

Isso traz um segundo problema, a frustração de não lograr êxito no tratamento. Além do já mencionado efeito de violação da abstinência, que contribui para aumentar o consumo (Silva & Serra, 2004), a recaída se faz acompanhar por sentimentos de culpa e é referida como derrota e como um sintoma de uma doença que, na melhor das hipóteses, o sujeito pode apenas controlar temporariamente (Baus *et al.*, 2002). Sentimentos de fracasso, humilhação e culpa decorrentes da recaída produzem um efeito de abandono da tentativa de tratamento e aumento do consumo (Rigotto & Gomes, 2002; Santos & Costa-Rosa, 2007). Ou seja, a ênfase na abstinência como meta tem um aspecto

iatrogênico, pois é difícil de cumprir e essa frustração torna-se um fator de piora.

Por isso, é importante utilizar outra concepção de saúde na pesquisa e na intervenção. Há tentativas neste sentido, a começar pela relativização das metas de tratamento, partindo da constatação de que a melhora da saúde e de outros aspectos da vida nem sempre coincide com o estabelecimento da abstinência (Laudet & White, 2009). Uma proposta interessante é a de Simão *et al.* (2002), que inclui a melhora do relacionamento social e familiar como critério para definir a recuperação (no caso, melhora subjetiva referida pelo sujeito em tratamento e pelos familiares). Estes e outros critérios qualitativos formam uma definição de recuperação baseada na diminuição dos problemas decorrentes do beber, e não apenas do beber em si. Se por um lado são critérios pouco objetivos, por outro lado são um modo de avaliar os resultados dos tratamentos de modo mais condizente com a realidade do sujeito.

Desta perspectiva, recaída é entendida como o recrudescimento da dependência, não como mero retorno ao consumo, seja episódico ou habitual. Essa idéia é reforçada por estudos sobre recuperação sem tratamento, que apontam proporções de até 77% de alcoolistas que conseguiram se recuperar sem recorrer aos serviços de saúde, assim como até 63% que resolveram seus problemas sem se tornarem abstêmios (Sobel *et al.*, 1996, Carballo *et al.*, 2008). Tratamentos direcionados à abstinência podem estar sonhando esta alternativa de recuperação a pessoas que se beneficiariam mais dela do que das estratégias de prevenção de recaída.

Além da relativização da idéia de recaída e das metas de tratamento, também têm surgido estudos que fornecem informação sobre outros fatores, que não os intra-individuais, relacionados à dependência e à recuperação. Por exemplo, a importância da qualidade das interações sociais (Gifford, Ritscher, McKellar & Moos, 2006), assim como suporte social, especialmente o apoio da família (López-Torrecillas *et al.*, 2005; Gómez e Acuña 2007; Carballo *et al.*, 2008; Garmendia *et al.*, 2008). A mera presença do vínculo familiar tem sido apontada como relevante: ter filhos e manter relacionamento conjugal estável foram positivamente associados à adesão a tratamento (Dawson, Goldstein & Grant, 2008). Há maior risco de desenvolver dependência alcoólica entre homens solteiros, separados e viúvos (Filizola *et al.*, 2008), assim como entre pessoas que vivem sozinhas (Barros *et al.*, 2007).

Outros fatores sociais apontados como relevantes são renda e ocupação. Estudos apontam associação entre condições socioeconômicas mais desfavoráveis (baixa renda e desemprego, entre outras) e desenvolvimento de dependência de álcool (Barros *et al.*, 2007, Ortiz-Hernandez *et al.*, 2007; Tomkins *et al.*, 2007); e estudos sobre resultados de tratamento apontam essas condições desfavoráveis como fatores associados à recaída e à maior dificuldade de recuperação (Oliveira Jr. & Malbergier, 2003, Mulia *et al.*, 2008).

A prática religiosa também tem sido associada à recuperação de alcoolistas (Barros *et al.*, 2007, Simão *et al.*, 2002, Filizola *et al.*, 2008). Em estudo mais aprofundado, abordando o significado da frequência à igreja entre os sujeitos, Sanchez e Nappo (2008) referem que os participantes relataram não apenas uma questão de fé, mas a importância da nova rede de amizades, do acolhimento pelo grupo e da oferta de apoio para a reestruturação da vida. Neste sentido, estudo de caso de Campos e Ferreira (2007) explora a importância do grupo social para reestruturar a vida, pois é através dele que se torna possível a legitimação de outra via de inserção social que não o papel de dependente. Como destacam Gómez e Acuña (2007), em estudo sobre fatores de recuperação, o comprometimento pessoal com um projeto de vida favorece a recuperação.

Estudos que investigam o ponto de vista do alcoolista e os efeitos do seu contexto social têm apontado equívocos nos tratamentos biomédicos, e têm promovido alguma abertura no campo da dependência de drogas. O caráter “biopsicossocial” ou “mutideterminado” da dependência já está bem estabelecido no meio científico, porém assimilado ao molde biomédico, sem que haja uma efetiva mudança no modo de se produzir conhecimento (Orford, 2008). Para que esta mudança seja levada adiante, é necessário assimilar mais amplamente a contribuição das ciências sociais, produzindo mais pesquisas que concorram para a ampliação da compreensão dos diversos determinantes da dependência, da recuperação e da recaída.

É importante também não tomar o caráter mutideterminado da dependência como uma soma de fatores causais em uma seqüência de fenômenos de recuperação e recaída. A tentativa de apontar uma causalidade linear tem produzido estudos que abordam alguns aspectos isoladamente, levando a conclusões aparentemente consistentes, mas distantes da realidade, por não levarem em conta o contexto. Por exemplo, há estudos que apontam que o abuso de álcool leva ao conflito familiar (Gianini *et al.*, 1999), assim como estudos que indicam que o

conflito familiar leva ao abuso de álcool (Rigotto & Gomes, 2002 e Alvarez, 2007). Tanto este tipo de comparação entre estudos quanto a prática clínica na área sugerem que é de bom senso buscar compreender a dependência como uma complexa interação de fatores de influência recíproca.

Para avançar nas pesquisas sobre uso e dependência de álcool, portanto, é necessário superar algumas destas resistências da tradição biomédica. Resgatando a discussão prévia sobre a saúde como um todo: não se trata de propor a migração de um pólo a outro, mas uma abertura à incorporação de outros métodos e à ampliação de conceitos. Mais especificamente, a incorporação de métodos qualitativos, que abordem o ponto de vista do sujeito e levem em conta as especificidades de seu contexto social; e a ampliação conceitual de saúde e de sujeito, a fim de que a pesquisa e a intervenção contemplem a integralidade em saúde.

3.4. Integralidade e sujeito: um olhar antropológico voltado ao estudo da dependência de álcool

O recorte teórico desta pesquisa situa-se na corrente de estudos psicológicos que se aproximam das ciências sociais, buscando orientar-se por uma concepção de saúde caracterizada pela integralidade. Recorreu-se a um olhar antropológico, particularmente através de Minayo, Alves e Velho, a fim de abordar o problema da recaída em dependentes de álcool desde uma concepção de sujeito sócio-histórica. Desta perspectiva, o problema da dependência e da recorrência de recaídas constitui-se na trajetória do sujeito, em função de suas escolhas pessoais dentro de um contexto sócio-cultural, mediadas por suas interações com outros sujeitos.

A perspectiva biomédica utiliza uma noção de sujeito dada basicamente por sua dimensão biológica, abordando-o como um objeto de estudo fragmentado, estudando e intervindo isoladamente sobre órgãos, funções e comportamentos disfuncionais. A psicologia, muitas vezes, reproduz o mesmo modelo, o que se traduz em um sistema de atenção à saúde fragmentado, em que cada especialidade aborda um “pedaço” do problema do paciente. Além dos sucessivos encaminhamentos de um especialista para outro, a resolutividade fica limitada às possibilidades de cada ação pontual. A atenção integral deve articular não apenas as práticas de cuidado, mas todos os níveis de atenção (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007), a fim de que as ações de saúde sejam mais coerentes e complementares entre

si, integrando o que se sabe sobre aquele paciente ou grupo em uma estratégia mais resolutiva.

Isso implica resgatar uma visão clínica sobre a pessoa que busca ajuda, não sobre a patologia do órgão ou do comportamento. O saber terapêutico, focalizando o combate e controle de doenças, tornou-se cada vez mais padronizado, tomando o paciente como objeto e afastando-se das ações contextualizadas sobre sujeitos reais. A legitimidade garantida pela tradição biomédica e a ideologia da técnica comprovada cientificamente levaram à imposição de práticas e prescrições sem a preocupação com a construção microssocial de legitimidade, através da cumplicidade da relação terapêutica (Tesser & Luz, 2008). Como indicam as pesquisas recentes, fica claro que, entre pacientes alcoolistas, esta relação terapêutica é o aspecto mais relevante do tratamento.

A soma dos tratamentos parciais especializados não resulta em um tratamento integral (Tesser & Luz, 2008), assim como a soma de fatores biológicos, psicológicos e sociais não resulta em uma concepção integral de saúde. Uma compreensão mais abrangente de saúde depende da escuta do usuário, considerado como sujeito histórico e social, articulado a certos contextos familiares e sociais, que leve em conta o seu discurso como produtor de um saber sobre saúde legítimo e condizente com sua realidade (Machado *et al.*, 2007).

Como colocam Tesser e Luz (2008), a postura epistemológica predominante apresenta vários pontos de incompatibilidade com a integralidade, destacando a dificuldade de estudar o ponto de vista do paciente e agregar seu discurso a uma produção de conhecimento considerada válida, bem como a desconsideração do contexto sócio-histórico. A contribuição das ciências sociais (especialmente a antropologia), já sinalizada na discussão sobre saúde e na crítica de Orford (2008), oferece possibilidades de avanço rumo a uma abordagem integral da saúde. Particularmente úteis para um olhar sobre a questão da dependência de álcool são os recortes antropológicos de Minayo (sobre o sujeito sócio-histórico) e de Velho (sobre os conceitos de *projeto e campo de possibilidades*).

Ao partirmos de uma perspectiva sócio-histórica, teremos de pensar em um sujeito que se constitui ao longo de uma trajetória existencial, caracterizada pela interação dialética entre o indivíduo e seu entorno macrossocial (condições culturais e econômicas) e microssocial (suas interações cotidianas com sujeitos próximos). Este olhar histórico e dialético permite escapar à tendência apontada por Duarte (1998), de

se substituir o reducionismo biomédico por um *psicologismo* ou um *sociologismo*. A compreensão histórica situa a constituição do sujeito como resultante de certas contingências, enfatizando o caráter cumulativo e mutável dessa constituição; a compreensão dialética evita a busca de causalidade linear de mão única, reconhecendo a mútua influência entre indivíduo e meio social (Minayo, 2008). Em suma, tem-se um sujeito ao mesmo tempo produtor e produto de sua trajetória e de seu meio.

No caso da dependência de álcool, a fim de compreender as dificuldades do sujeito para conseguir melhorar sua saúde, é preciso explorar a trajetória desta pessoa, ou seja, o conjunto de suas experiências de sofrimento e de recuperação. Essa exploração não pode se resumir ao levantamento de sintomas e características individuais, como em uma anamnese; é preciso acessar o significado da experiência daquele sujeito. De seu lugar de saber legitimado, os agentes terapêuticos tendem a formular modelos estereotípicos de paciente, formatando a compreensão das experiências dos indivíduos nos modelos pertinentes à instituição em que eles buscam ajuda (Alves, 1998).

Reduzida à descrição em termos de padrões nosográficos ou, informalmente, em termos de juízos morais estereotípicos, a experiência de adoecimento não é levada em conta, desprezando-se assim aquilo que poderia fornecer subsídios para uma atenção integral. O resgate do significado da experiência do sujeito, dando-lhe voz ativa e protagonismo na construção do saber sobre sua saúde é ponto comum entre o *construtivismo* de Spink (2003) e o *humanismo* de Traverso-Yépez (2001), contemplando também a crítica de Jesus e Rezende (2006) e de Tesser e Luz (2008), constituindo-se em elemento crucial para a compreensão da dependência de álcool.

Estudos antropológicos, como o de Alves (1998), exemplificam a importância da dimensão da experiência de enfermidade. O autor aponta que as manifestações sensíveis de sofrimento são organizadas pelo indivíduo em uma totalidade dotada de sentido, de modo que só há enfermidade quando há interpretação de sensações e atribuições de significados coerentes com certos códigos. Isso não é criação autônoma do indivíduo, mas resultante de socializações; o sujeito atribui sentido às suas experiências com base em informações de várias fontes, sendo que o saber médico (ou o saber técnico dos profissionais da saúde em geral) é apenas uma dessas fontes. O indivíduo pode recorrer a várias instituições, que lhe apresentarão diferentes universos simbólicos e serão utilizados pelo sujeito em suas opções cotidianas.

Podemos, então, ponderar algumas razões dos resultados pouco animadores das avaliações de eficácia de terapias comportamental-cognitivas: a intervenção diretiva, “pedagógica” ou de treinamento, pode não acrescentar informação relevante para a formulação de sentido para a experiência do paciente, não sendo incorporada a ponto de produzir mudança de comportamento. Ou o discurso técnico pode ser assimilado, mas isso não ajuda na recuperação porque o sentido que o sujeito atribui à experiência é incompatível com um plano viável de mudança (por exemplo, o sujeito se engaja no plano de prevenção de recaída que lhe proíbe ir ao bar, porém o bar é o único local onde se reúne com amigos, e a solidão entristece e dá vontade de beber).

Por isso, Alves (1998) defende a necessidade de se analisar criticamente as estruturas cognitivas como resultantes de processos microsociais de produção de conhecimento, investigando os processos pelos quais os indivíduos vivenciam e explicam seus problemas concretos de enfermidade. No caso da dependência de álcool, portanto, não cabe simplesmente prescrever uma mudança de comportamento. É preciso construir, conjuntamente, um sentido pertinente à experiência de sofrimento do sujeito, que seja viabilizador de um projeto de mudança, diante das contingências que se apresentam ao sujeito em dado momento de sua trajetória.

Esse tipo de relação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, de co-construção de sentido e de viabilização de projetos pessoais, vai ao encontro da promoção da autonomia do sujeito. Contribuir para a ampliação da autonomia atualmente é uma atribuição do sistema de saúde (Campos & Campos, 2006), exigindo a mudança do “objeto” do trabalho em saúde, de um indivíduo ou grupo passivo sobre o qual se intervém tecnicamente, para “uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade, enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos” (Campos & Campos, 2006, p 669). As prescrições, então, devem ser negociadas com estes sujeitos concretos e, para tanto, a antropologia ensina que primeiramente deve-se ouvir como o sujeito define sua situação, em função de sua experiência biográfica e seu estoque de conhecimento. (Minayo, 2006).

Esse olhar é coerente com os resultados dos estudos sobre eficácia dos tratamentos, pois se o serviço não compreende o usuário a partir de sua experiência e seu contexto, corre mais risco de propor um tratamento em descompasso com as necessidades e com as possibilidades do paciente, levando à não-adesão. Do mesmo modo, entende-se o porquê da relativa eficácia de qualquer intervenção, a

despeito de qual técnica se utiliza: o que pode fazer a diferença é a intersubjetividade da relação terapêutica, desde que minimamente ofereça condições de contribuir para dar sentido à experiência.

O modo como se dará essa construção de sentido será em função dos motivos pragmáticos do indivíduo e das contingências com que ele se depara (Alves, 1998). Em uma sociedade em que o indivíduo é a unidade básica de organização, mas transita por diferentes meios culturais, os projetos pessoais de vida ganham importância para constituir estas identidades singulares e determinar o modo como o indivíduo se comporta no mundo. Os indivíduos constituem suas identidades em função de sua biografia, retrospectivamente, e de seus projetos, prospectivamente. (Velho, 2001).

Para Velho, *projeto* é a conduta organizada para atingir finalidades específicas, tendo um caráter de escolha racional e consciente (Velho, 1999; Velho, 1999b). Aplicando este conceito a um olhar sobre o tratamento da dependência de álcool, há que se pensar o processo de recuperação como um projeto pessoal; mais especificamente, pode-se pensar em todos os tratamentos baseados em prevenção de recaída como um projeto pessoal que é proposto ao indivíduo, ou como um projeto coletivo do paciente e de seu terapeuta ou seu grupo de ajuda. Porém, a perspectiva de Velho se afasta das teorias comportamentais e cognitivas em dois pontos fundamentais.

Primeiramente, o projeto depende da memória, de uma determinada trajetória existencial que produziu as circunstâncias atuais, que necessariamente envolvem valores, preconceitos e emoções (Velho, 1999b). Em segundo lugar, Velho contextualiza o projeto dentro de um *campo de possibilidades*, correspondente às circunstâncias expressas na dimensão sociocultural, que comporta os aspectos macro e microsociais do entorno do sujeito; é na interação dialética entre memória (biografia), projetos e campo de possibilidades que os sujeitos se fazem e se refazem, através de suas trajetórias existenciais (Velho, 1999b).

Diferente dos tratamentos de prevenção de recaída, essa perspectiva não permite pensar em projeto como um plano, ao qual o paciente deve aderir e o qual ele deve implementar através de escolhas totalmente conscientes e racionais. O sujeito, ao mesmo tempo produto e produtor de sua trajetória e de seu campo de possibilidades, elabora seus projetos com liberdade relativa, fazendo escolhas conscientes, mas também movido pelas circunstâncias e por outras forças relativas à sua constituição histórica enquanto sujeito. Assim, a perspectiva de Velho também evita um subjetivismo e um determinismo social, ao conceber

um sujeito que age no mundo com relativa iniciativa e com uma margem de manobra em função das circunstâncias (Velho, 1999)

Este recorte teórico permite elaborar uma interpretação dos resultados das pesquisas revisadas e também oferece indicações para uma investigação, no sentido de compreender por que parte das pessoas que procuram ajuda para superar a dependência de álcool repete tantos ciclos de tratamento e recaída. Retomando os resultados das pesquisas apresentadas anteriormente, fica claro que: 1) o tratamento cuja meta é a abstinência apresenta certa iatrogenia, na medida em que tal tarefa é difícil para muitas pessoas e a violação da abstinência acarreta frustração e culpa, o que contribui para abandono do esforço de tratamento; 2) fatores associados à recuperação incluem oportunidades de reestruturação da vida e reinserção social, comprometimento com projetos pessoais, relação terapêutica acolhedora e aceitação e suporte familiar.

Para pensar em recuperação do dependente de álcool, é preciso pensar em projetos de vida, com os quais o paciente só conseguirá se comprometer na medida em que forem escolhas suas, e na viabilização destes projetos nas relações intersubjetivas, dentro de certo campo de possibilidades. Para compreender as dificuldades dos indivíduos em mudar trajetórias de vida marcadas pela recorrência de recaídas, portanto, é preciso analisar como se construíram tais trajetórias. Um primeiro passo é apreender os sentidos que o sujeito atribui ao tratamento e à recaída, que constituem sua maneira de engajar-se no primeiro e de reagir à segunda. Também é importante descrever que projetos de vida estão subjacentes a esta trajetória, em função dos quais o sujeito se situa em relação ao futuro e realiza suas escolhas.

Buscando compreender a recorrência de recaídas através da análise das trajetórias dos indivíduos, este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento de uma forma de pesquisa ainda relativamente incipiente na área de álcool e drogas, abordando qualitativamente o fenômeno da recaída (lembrando que esta é entendida como o recrudescimento da dependência, não como violação de abstinência). A compreensão destas trajetórias pode auxiliar a suprir as lacunas de pesquisas que abordam o problema apenas em seus aspectos biológicos ou cognitivos, assim como pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de propostas terapêuticas mais adequadas às necessidades dos usuários.

4. Método:

4.1. Caracterização da pesquisa

Este é um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e exploratório, que visa descrever a trajetória de tratamentos de pacientes alcoolistas com várias reinternações para desintoxicação; mais especificamente, a pesquisa trata da compreensão dos significados que os pacientes atribuem às suas experiências de tratamento, de recuperação e de recaída, buscando também descrever seus projetos de vida e explorar possíveis relações entre tais projetos e a recorrência de recaídas em sua trajetória. Em função desta finalidade e do recorte epistemológico delimitado na revisão de literatura, a abordagem deste estudo é qualitativa, ou seja, voltada à apreensão do caráter multidimensional dos fenômenos e dos diferentes significados das experiências de vida, produzindo uma compreensão do indivíduo dentro de seu contexto (Biasoli-Alves, 1998).

4.2. Local

A pesquisa foi realizada no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (Serdequim) do Hospital Universitário da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS. O Serdequim é uma unidade de internação do setor psiquiátrico do referido hospital, sendo referência regional para o atendimento a usuários de drogas. A unidade conta com quinze leitos e dispõe de equipe de enfermagem, médico psiquiatra, médico residente e psicólogo (sendo este o responsável pela presente pesquisa), contando também com auxílio de assistente social e de nutricionista do hospital, além da colaboração de estagiários e voluntários.

A internação dura em média 10 dias e o tratamento oferecido consiste em manejo clínico dos sintomas de abstinência para realizar a desintoxicação, com acompanhamento psiquiátrico e psicológico, e um programa de conscientização e motivação para a mudança de estilo de vida. Esse programa consiste em atividades de grupo, coordenadas por enfermeiros e psicólogo. Parte delas é de caráter informativo, em que são apresentados esclarecimentos sobre o impacto do uso de substâncias psicoativas sobre a saúde; e outras têm caráter terapêutico, em que os pacientes são estimulados a compartilhar seu sofrimento e a refletir e discutir sobre as mudanças que desejam. Também são oferecidas atividades de recreação e educação física e acompanhamento semanal para egressos da internação na forma de grupos de apoio.

4.3. Participantes

Os participantes da pesquisa foram 13 pacientes do Serdequim, selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo masculino, ter recebido diagnóstico de síndrome de dependência de álcool, ter passado por mais de três internações para tratamento de dependência de álcool, concordar voluntariamente e expressamente em participar da pesquisa e não apresentar sintomas físicos ou psíquicos que comprometam a realização da entrevista (dor, náusea, tontura, sedação, fissura ou ansiedade intensa, sintomas psicóticos ou quadro de demência). Este último critério foi verificado através da avaliação médica e de enfermagem.

O número de participantes foi determinado pelo critério da amostragem por saturação (Fontanella, Rica & Turato, 2008), que consiste na interrupção da inclusão de participantes no momento em que os dados coletados passarem a apresentar muitas redundâncias ou repetições, trazendo poucas informações novas e indicando uma saturação do tema investigado no conteúdo das respostas obtidas. O limite por saturação é bastante utilizado em pesquisas qualitativas e considerado adequado aos propósitos de assegurar rigor e transparência

a este tipo de estudo (Fontanella *et al.*, 2008), desde que explicitados os critérios para determinar o ponto de saturação.

No caso do presente estudo, a partir da décima entrevista, iniciou-se a codificação das transcrições. As entrevistas subseqüentes puderam ser codificadas quase integralmente com o uso de códigos já utilizados nas anteriores, não trazendo acréscimos significativos às informações sobre os temas de interesse do estudo. Após a terceira entrevista em que se percebeu esta repetição, optou-se por dar por encerrada a coleta de entrevistas.

4.4. Coleta de dados

Os dados obtidos através da revisão de registros médicos têm sido amplamente utilizados nas pesquisas qualitativas em saúde, por fornecerem informação complementar sobre o grupo ou serviço abordado, sendo útil à contextualização do estudo (Mercado-Martínez, 2004). Neste sentido, em uma primeira etapa desta pesquisa foram revisados todos os prontuários de todos os pacientes internados no Serdequim no período de um ano. Os prontuários contêm formulários preenchidos por vários profissionais da equipe, onde são registradas informações sobre idade, sexo, procedência, substâncias utilizadas, estado civil, moradia, ocupação, encaminhamentos, comorbidades, tempo de internação e número de internações. Estas informações foram coletadas e registradas em planilha eletrônica para análise descritiva.

No segundo momento, foi abordada a trajetória de tratamentos, recuperação e recaídas, através do relato dos pacientes, coletado em entrevista semidirigida. A opção por este tipo de instrumento se deu em função das características do campo e da finalidade de apreensão dos sentidos atribuídos pelos indivíduos à própria experiência. Sendo o pesquisador um membro da equipe do serviço, há familiaridade com o campo, sendo desnecessária uma abordagem de aproximação inicial (Fontanella, Campos & Turato, 2006). Optou-se então pela entrevista, a fim de buscar um aprofundamento no relato da experiência singular de cada indivíduo; e pela modalidade semidirigida, que mantém alguma abertura à variabilidade e nuances de respostas, porém permite ao entrevistador elaborar um roteiro prévio que direcione a entrevista a tópicos mais específicos (Biasoli-Alves, 1998; Fontanella *et al.*, 2006).

Os tópicos de interesse que orientaram a elaboração do roteiro da entrevista foram os seguintes: 1) Contexto e sentido atribuído à experiência de recaída; 2) Sentidos atribuídos ao tratamento; 3) Contexto e sentido atribuído às experiências de recuperação; e 4)

Projetos de vida. Conforme o recorte teórico a partir do qual se aborda a dependência neste estudo, estes tópicos visaram à investigação do *sentido da experiência*, da *história* e dos *projetos* que constituem a realidade do sujeito. Elaborado o roteiro, duas entrevistas foram realizadas como estudo piloto, cujo resultado evidenciou a necessidade de reformulação de algumas questões e de acréscimo de outras. Uma terceira entrevista foi considerada mais completa e satisfatória, sendo a primeira a ser aproveitada para o *corpus* a ser analisado, e mantendo-se então o roteiro para as entrevistas seguintes.

Os participantes foram abordados pelo pesquisador, individualmente ou em grupo, nos momentos em que estavam liberados de outras atividades da unidade (enquanto estavam assistindo televisão ou tomando chimarrão). Após uma conversa de apresentação, era brevemente esclarecido o objetivo da pesquisa e realizado o convite para participação, frisando o caráter voluntário desta, assegurando-lhes também confidencialidade e anonimato. Aos que se interessavam em participar, era explicado mais detalhadamente os procedimentos da entrevista e marcada uma hora para a sua realização.

As entrevistas foram realizadas em sala de atendimento cedida pelo serviço, propiciando privacidade e ausência de interrupções. Antes do início da entrevista, havia um momento para novos esclarecimentos e era apresentado ao participante o termo de consentimento. Ao final, havia uma breve conversa para dessensibilização, esclarecimentos de dúvidas e agradecimentos. As entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas.

4.5. Codificação e análise de dados

4.5.1. Dados de prontuários

Os dados obtidos a partir dos prontuários foram tabelados e submetidos a análises formais descritivas, com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), para traçar um perfil dos usuários do serviço. Foram realizadas análises relacionais, através do teste de independência (qui-quadrado) (Dancey & Reidy, 2006), a fim de comparar as características de pacientes na primeira internação e pacientes com várias internações.

O número de internações não é uma variável que corresponda exatamente ao fenômeno ora em investigação (recaída), pois é possível que a pessoa volte a apresentar os mesmos problemas, mas não seja internada em função disso. Também é possível que a mesma pessoa seja internada outra vez por transtornos decorrentes do uso de outras

substâncias, caracterizando uma situação nova que não se poderia classificar como “recaída”. Contudo, a reinternação de um indivíduo que mantém o mesmo diagnóstico implica, necessariamente, a ocorrência de recaída. Desse modo, a comparação entre os indivíduos na primeira internação e indivíduos reinternados pode sugerir fatores que tendem a estar relacionados à ocorrência de recaída; se for o caso, essas indicações podem auxiliar na compreensão do contexto da recaída e fornecer informações complementares à análise qualitativa.

4.5.2. Entrevistas

A codificação e a análise das entrevistas transcritas foram baseadas nos procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados, de acordo com as propostas de Strauss e Corbin (2008) e, principalmente, Charmaz (2009). Nesta perspectiva, um pesquisador não inicia um trabalho com uma determinada teoria já em mente sobre a explicação de um fenômeno, pois o objetivo não é testar uma teoria existente, mas sim, construir uma explicação teórica adequada ao fenômeno investigado. Esta teorização é construída a partir do que emerge dos dados, a fim de formular explicações muito próximas da realidade: os dados passam por um ordenamento conceitual, isto é, uma organização em categorias que tenham características de conceitos; um conjunto de conceitos integrados por meio de declarações de relações entre si constituem uma explicação aplicável ao fenômeno investigado (Strauss & Corbin, 2008).

A codificação dos dados é uma categorização de segmentos de dados sob denominações concisas que sintetizem e representem cada trecho (Charmaz, 2009). Há vários tipos de codificação, segundo o tamanho dos trechos considerados e os critérios utilizados para selecioná-los; é possível desde uma codificação palavra por palavra até uma codificação de incidente por incidente (Charmaz, 2009). Para este estudo, foi adotada como forma de codificação inicial a codificação linha a linha – mais exaustiva e de critério mais objetivo do que a por incidentes, e também mais prática do que a por palavras, já que a esta pesquisa interessam mais as idéias do que as nuances lexicais.

O roteiro de codificação seguiu a proposta de Charmaz (2009):

1. Codificação inicial: neste caso, a codificação linha a linha. Com caráter exaustivo, cada linha da transcrição foi considerada um segmento, para o qual foi atribuído um código, sintetizando seu conteúdo de forma descritiva. Considerando que, em qualquer processo de codificação e categorização em pesquisa qualitativa, o pesquisador inevitavelmente imprime sua

subjetividade ao selecionar e nomear dados, a etapa de codificação inicial oferece uma oportunidade de objetivação. Sendo exaustiva e apenas descritiva, o pesquisador pode obter uma primeira redução do volume dos dados abstendo-se de realizar interpretações mais subjetivas.

2. Comparação de dados com dados: este processo é constante desde a fase inicial da codificação até a fase de análise. Comparando dados (entrevistas diferentes entre si e também comparando trechos diferentes da mesma entrevista), são identificadas regularidades, semelhanças e distinções, o que fornece as primeiras indicações sobre propriedades e dimensões de possíveis categorias. Neste estudo, a comparação de dados com dados foi realizada da seguinte maneira: para cada pergunta do roteiro de entrevista, foi feito um quadro onde foram colocados lado a lado os códigos iniciais correspondentes à resposta de cada participante. Isso permitiu fazer comparações rápidas entre vários códigos de todas as entrevistas, separados por assunto.

Logicamente, conteúdos semelhantes se diluíam em vários trechos das entrevistas (por exemplo, os pacientes não falaram sobre sua recuperação apenas nos momentos em respondiam a uma pergunta sobre recuperação). Este procedimento de comparação foi utilizado apenas no intuito de permitir a visualização de códigos semelhantes de todas as entrevistas, a fim de identificar regularidades e distinções. Já a comparação de trechos dentro da mesma entrevista se deu por meio de leituras repetidas da transcrição e da sua codificação inicial.

3. Codificação focalizada: a partir das indicações fornecidas pelas etapas anteriores, utilizando os códigos iniciais mais significativos e/ou frequentes, se procede nova codificação; desta vez, utilizando códigos menos descritivos e mais analíticos, sintetizando maior volume de dados com menos códigos. Esta etapa implica a decisão sobre quais códigos iniciais permitem melhor compreensão analítica para categorização dos dados. No entanto, não se trata de apenas selecionar códigos dentre aqueles da codificação inicial, mas também de reformulá-los, de modo a torná-los mais analíticos e abrangentes. Estes códigos irão sugerir as categorias de análise.

A análise de dados é um processo que se inicia durante a codificação, no momento em que se passa do uso de códigos descritivos

para a formulação de códigos focalizados, o que já implica um esforço analítico. A elaboração de categorias parte dos códigos focais, dentre os quais são destacados os mais relevantes e/ou mais abrangentes em seu caráter analítico. A aglutinação de vários códigos em uma denominação mais analítica, ou o desenvolvimento de um único código neste sentido, dá origem a uma categoria de análise. A classificação dos códigos focais segundo a propriedade ou a dimensão da categoria a que se referem constitui as subcategorias.

O final do processo de análise consiste em reintegrar os dados que foram fragmentados durante a codificação. Essa reintegração é o estabelecimento de relações entre as categorias e entre as subcategorias e as categorias, compondo uma estrutura conceitual explicativa do fenômeno investigado. Strauss e Corbin (2008) denominam esta etapa de *codificação axial* e propõem um esquema analítico a ser aplicado para responder perguntas acerca de: 1) *condições*, circunstâncias determinantes dos fenômenos; 2) *ações e interações* dos sujeitos, suas estratégias e respostas em função do fenômeno; e 3) *conseqüências* destas ações e interações.

A codificação axial fornece um esquema útil, mas também implica certo risco. Como pondera Charmaz (2009), a dependência da aplicação de um esquema predeterminado pode restringir a análise e limitar a abertura ao que sugerem os dados. Em função disto, a presente análise foi orientada pela proposta desta autora, recorrendo a questões semelhantes às que se busca responder com a codificação axial, mas sem a preocupação de aplicar um esquema analítico; em vez disso, o estabelecimento de relações entre as categorias e subcategorias foi realizado principalmente através da técnica da comparação constante de dados com dados. Finalmente, ao término da análise foi elaborada uma breve teorização, integrando as categorias de análise em uma articulação conceitual aplicável à explicação do fenômeno da recorrência de recaídas na trajetória destes sujeitos.

4.5. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos comitês de ética da UFSC e da UFSM, além de outros órgãos reguladores da atividade de pesquisa nesta última. Os resultados do estudo serão apresentados pelo pesquisador diretamente à equipe do serviço envolvido, discutindo implicações que possam ser do interesse do serviço e aproveitadas na prática. A UFSM, instituição incentivadora, receberá relatório formal, conforme as normas de liberação de servidor para pós-graduação. Os

usuários do serviço, participantes do estudo ou não, receberão devolução sobre a pesquisa nas atividades de grupo realizadas no Serdequim ou em reunião de outro serviço que estejam freqüentando na ocasião, onde o responsável pela pesquisa comparecerá em data combinada para este fim.

Resultados e análise preliminar

Caracterização dos alcoolistas usuários do hospital

A análise descritiva dos registros de todas as internações ocorridas durante o ano de 2008 permitiu traçar um perfil dos usuários do serviço. O total de internações no período foi de 288; excluindo-se internações motivadas por transtornos decorrentes do uso de outras substâncias sem a presença do álcool (incluindo uso de múltiplas drogas sem abuso de álcool), restaram dados sobre 271 internações de 215 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 94,1% do total de internações. Dentre as internações em função do uso de múltiplas drogas (51), na maior parte (39 ou 76,47%) o álcool era a principal ou uma das principais substâncias de abuso. Não se está levando em conta o uso de tabaco, pois o serviço não oferece tratamento para transtornos

decorrentes do abuso dessa substância, já que, via de regra, a desintoxicação nesses casos não requer internação.

Tabela 04. Distribuição das internações em função das substâncias de abuso.

	Uso exclusivo de álcool	Uso de álcool e outras drogas	Uso de outras drogas	Total
Internações	232	39	17	288
%	80,56	13,54	5,9	100

Estas proporções ilustram a prevalência do álcool como substância de abuso e o tamanho do impacto nos serviços de saúde. Os dados apresentados a seguir consideram apenas pacientes internados em função de transtornos decorrentes do uso de álcool ou do uso de múltiplas drogas com abuso de álcool presente, no intuito de fornecer informações mais específicas sobre os alcoolistas usuários do serviço.

As idades dos internados variaram entre 23 e 75 anos, com uma média de 43,18 (desvio-padrão de 8,80). Quanto ao sexo, 255 internações (94,1%) foram de pessoas do sexo masculino, o que é condizente com o que apontam estudos de prevalência do alcoolismo na população, acerca das diferenças nos padrões de consumo e na incidência de dependência entre homens e mulheres (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007). Por estas razões, optou-se por entrevistar apenas pacientes do sexo masculino para este estudo.

Na maioria das internações, o paciente (225 ou 83%) era procedente da mesma cidade. O encaminhamento e a forma de vir ao hospital se deu conforme apresentado nos quadros seguintes:

Tabela 05. Acompanhamento na vinda ao hospital

	Frequência	%
Veio sozinho	60	22,1
Familiares	149	55,0
Profissional de saúde	26	9,6
Brigada militar	11	4,1
Amigo/vizinho	13	4,8
Ex-esposa	4	1,5
Sem registro	16	6,0

	Frequência	%
Total	271	100,0

Tabela 06. Origem da demanda

	Frequência	%
Espontânea	183	67,5
CAPS ad	32	11,8
Outros serviços	44	16,2
Ordem judicial	9	3,3
Sem registro	1	1,1
Total	271	100

Na maioria das internações, familiares acompanharam o paciente até o pronto-socorro, um indício da importância da família na busca por tratamento. Também foi comum o paciente vir sozinho. A demanda pela internação foi espontânea na maioria dos casos, sendo mais comum do que o encaminhamento de outros serviços de tratamento. É possível que estes números não forneçam uma idéia precisa da situação, pois o paciente pode ter sido aconselhado a procurar internação em outro serviço de saúde, sem referir um encaminhamento deste outro serviço, de modo que registrou-se como uma procura espontânea. O termo “espontânea” aqui refere-se à busca voluntária por internação sem encaminhamento ou indicação de outro serviço. Isto não quer dizer que a iniciativa da busca partiu do paciente, que pode ter sido levado sob algum tipo de pressão, principalmente de familiares. A necessidade de esclarecer melhor estes pontos foi levada em consideração na elaboração do roteiro de entrevista.

Quanto à situação conjugal dos pacientes, os casos ficaram assim distribuídos:

Tabela 07. Situação conjugal

	Frequência	%
Solteiro	80	29,5
Casado/com companheira	71	26,2
Separado/divorciado/viúvo	120	44,3
Total	271	100,0

Outra fonte de informações preliminares sobre os vínculos do paciente foram sobre as suas condições de moradia, incluindo a existência ou não de moradia fixa e a modalidade de moradia, relativa às pessoas com quem ela mora. Para esta classificação, considerou-se que não havia moradia fixa em situações em que o paciente referia estar morando na rua, albergue ou abrigo, bem como os casos em que estava hospedado provisoriamente por familiar, amigo, etc.

Tabela 08. Moradia fixa

	Frequência	%
Com moradia fixa	236	87,1
Sem moradia fixa	20	7,4
Sem registro	15	5,5
Total	271	100

Tabela 09. Modalidade de moradia

	Frequência	%
Só	51	18,8
Familiares/amigos	186	68,6
Rua/albergue	19	7,0
Sem registro	15	5,5
Total	271	100

As pessoas classificadas como moradoras de rua/albergue não necessariamente correspondem às classificadas como “sem moradia fixa” da tabela anterior. Ocorre que uma pessoa sem moradia, mas acolhida temporariamente por um familiar, entra na classificação “mora com familiares/amigos”.

Quanto ao trabalho, a distribuição é a seguinte:

Tabela 10. Trabalho

	Frequência	%
Trabalho regular	59	21,8
Biscateiro	23	8,5
Aposentado/em benefício	48	17,7
Desocupado	137	50,6
Sem registro	4	1,5
Total	271	100

Condições precárias de moradia e ocupação são circunstâncias que dificultam a reabilitação psicossocial dos sujeitos, mas é difícil dizer qual é sua relação com o alcoolismo. Em termos absolutos, a proporção de pessoas sem moradia fixa pode parecer pequena, mas dada a gravidade desta situação, torna-se algo merecedor de atenção.

Já a desocupação é uma situação muito freqüente, aparecendo em metade dos casos, mesmo se descontarmos os aposentados ou com outro benefício previdenciário (auxílio-doença, por exemplo). Optou-se pela distinção entre “sem trabalho” e “aposentado/em benefício” devido às diferentes implicações financeiras e sociais destas duas situações. Considerando-se apenas o exercício ou não de trabalho regular (formal e informal) verifica-se que em quase 80% dos casos há inatividade ou o exercício de trabalho eventual (biscate).

Quanto ao encaminhamento pós-internação, a equipe do hospital tem priorizado o CAPS-ad, que é o serviço de referência da rede, mas acionando também vários outros serviços, conforme a história e a disponibilidade de cada paciente:

Tabela 11. Encaminhamentos pós-alta

	Frequência	%
CAPS ad	136	50,2
UBS	14	5,2
Sec. saúde cidade de origem	15	5,5

	Frequência	%
AA ou NA	20	7,4
Comunidade terapêutica	12	4,4
Grupo de apoio Serdequim ou ambulatório HUSM	12	4,4
Nenhum (evasão, recusa ou alta administrativa)	15	5,5
Outra situação	1	0,4
Sem registro	46	17,0
Total	271	100

Uma explicação possível para a falta de registro de encaminhamento em número considerável de internações (46) é de que, em casos de pacientes com várias reinternações e que já percorreram vários outros serviços, pode não se definir um encaminhamento específico, deixando por conta do paciente a escolha dentre opções que ele já conhece.

Quanto a outras avaliações sobre a saúde dos pacientes, as frequências ficaram assim distribuídas:

Tabela 12. Outras hipóteses diagnósticas registrados

	Frequência	%
Problemas clínicos	26	9,8
Outros transtornos psiquiátricos de eixo I	37	13,8
Transtorno de personalidade	49	18,3

Não estão apresentados os totais porque em vários casos, mais de uma hipótese diagnóstica era aplicada a um mesmo paciente. Chama a atenção o número relativamente baixo de problemas clínicos registrados, considerando-se o amplo comprometimento físico decorrente do alcoolismo. Isto se deve ao fato de a variável “problemas clínicos” referir-se aos diagnósticos registrados nos formulários padronizados do serviço. Nestes, constam principalmente condições crônicas graves, como hipertensão, diabetes e hepatite, pois são os diagnósticos que interferem diretamente no tipo de cuidado que a equipe deve dispensar àquele paciente. Situações em que não há uma mudança importante no cuidado ao paciente (como problemas gástricos menos graves ou lesões externas, por exemplo) não são registradas ou são registradas em locais diferentes dos formulários padronizados que foram consultados.

No que trata da dimensão dos problemas psiquiátricos, a hipótese de transtorno de personalidade é relativamente frequente. Contudo, cabe ressaltar que a hipótese foi formulada já na primeira internação em apenas 6 casos, e também que a hipótese era vaga (classificada como “transtorno não especificado”, F60 ou F60.9) na maior parte dos casos (86,05%). Isto levanta o questionamento sobre se o mero fato de reinternar várias vezes e/ou em curto período não está sendo usado como um dos critérios para atribuir este diagnóstico.

Quanto ao número de internações, 31 pacientes internaram mais de uma vez no período considerado, sendo que o número de reinternações variou de 1 a 8. O número total de internações ao longo da vida de cada paciente está apresentado no gráfico a seguir:

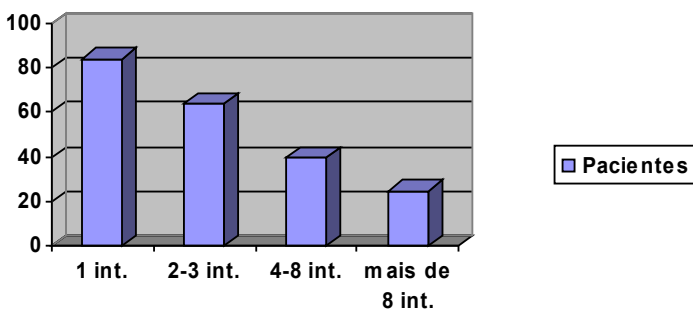


Figura 01. Total de internações dos pacientes.

Excluindo-se um caso de paciente sem registro preciso do número de internações, verifica-se que 85 (39,72%) estavam em sua primeira internação, 25 (11,68%) já internaram mais de oito vezes e 30,37% deles (65) já tiveram no mínimo quatro internações ao longo da vida. Há alguns casos extremos, de pessoas com até 30 internações.

Finalmente, em relação ao tempo de internação, observa-se o seguinte:

Tabela 13. Tempo de internação (em dias)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Tempo de internação	1	46	10,29	6,36

Há vários anos, o serviço propunha um tempo de internação de pelo menos quatro semanas, compreendendo um período inicial de isolamento, apenas para desintoxicação, e um período posterior, maior, no qual o paciente desintoxicado saía da enfermaria isolada para juntar-se aos demais pacientes no ambiente da unidade e participar do programa de reuniões de conscientização. Atualmente, o tempo de internação é determinado principalmente pela desintoxicação e eliminação/atenuação de riscos, sendo que o paciente se engaja nas atividades de conscientização assim que interna (caso não haja restrições, como sintomas psicóticos graves). Este funcionamento da internação é mais adequado à proposta atual de atenção a esta população, baseada na rede de serviços de atendimento, na qual o hospital se insere como serviço de retaguarda para situações de emergência.

Após esta descrição da população atendida no Serdequim, passou-se à investigação de possíveis relações entre estas características e o número de internações, no intuito de sondar aspectos que merecessem maior atenção na parte seguinte da pesquisa. Para tanto, foi utilizado o teste de independência (qui-quadrado), cuja aplicação indicou associação entre o número de internações e as seguintes variáveis: existência de moradia fixa, modalidade de moradia, situação conjugal e trabalho.

Tabela 14. Internações e moradia fixa

	única internação	2 ou 3 internações	entre 4 e 8 internações	mais de 8 internações	Total
Com moradia	72	76	49	37	234
Sem moradia	3	1	3	13	20
Total	75	77	52	50	254

$$\chi^2 = 29,105; \text{ gl} = 3; p < 0,001.$$

Apesar de o número de pacientes sem moradia fixa ser muito menor (o que certamente dificulta quaisquer comparações), as condições de aplicação do teste não forma violadas. Além disso, a elevada proporção de pacientes sem moradia fixa com mais de 8 internações sugere que estas situações podem estar relacionadas, o que o resultado do teste reforça.

A variável que qualifica a modalidade de moradia também obteve resultado no teste indicativo de associação com o número de internações:

Tabela 15. Internações e modalidade de moradia

	Única internação	2 ou 3 internações	entre 4 e 8 internações	mais de 8 internações	Total
Sozinho	14	15	12	10	51
Familiares/ amigos	58	61	37	28	184
Rua/ albergue	3	1	3	12	19
Total	75	77	52	50	254

$\chi^2 = 26,528$; gl = 6; $p < 0,001$.

Pode-se objetar que estas duas variáveis poderiam ser agrupadas. No entanto, ao separá-las, percebe-se que além do fato de ter ou não moradia, também parece haver uma diferença digna de investigação entre pessoas que moram sozinhas e pessoas que moram com familiares ou amigos – além, é claro, da situação singular de morador de rua. Os moradores solitários distribuem-se mais uniformemente dentre os níveis de ocorrência de reinternação. Já ter a companhia de familiares ou amigos parece ter uma tendência a diminuir entre os níveis mais elevados de ocorrência de reinternação.

Evidente que a variação mais notável diz respeito às pessoas que moram na rua. O número de casos é pequeno, principalmente nos níveis mais baixos de reinternação e, embora esses números não chegassem a violar as condições para realização do teste de independência (Dancey & Reidy, 2006), cabe olhar os resultados com reservas. De qualquer modo, considerou-se uma indicação relevante para valorizar os aspectos de moradia e suporte social nas entrevistas. Note-se ainda que o número de casos de moradores de rua/albergue não coincide com o número de pessoas sem moradia fixa, pois ocorrem situações em que a pessoa tinha moradia até o momento da internação, não sabendo aonde irá após a alta (por exemplo, fui expulso de casa e encaminhado ao hospital em seguida).

Ainda sobre a questão familiar, observou-se também uma indicação de associação entre reinternação e situação conjugal:

Tabela 16. Internações e situação conjugal

	única internação	2 ou 3 internações	entre 4 e 8 internações	mais de 8 internações	Total
Solteiro	17	24	13	24	78
Casado/com companheira	32	21	13	5	71
Separado/divor- ciado/viúvo	36	34	28	22	120
Total	85	79	54	51	269

$\chi^2 = 18,922$; $gl = 3$; $p < 0,005$.

A variação que mais chama a atenção neste caso é na distribuição dos sujeitos com vínculo conjugal. A relação sugerida por estes números pode ser interpretada como uma tendência crescente de o sujeito ser abandonado pela companheira à medida que o problema do alcoolismo se agrava ou se prolonga por muito tempo – pressupondo-se que o maior número de internações corresponda a uma maior gravidade do alcoolismo e/ou ao maior tempo de alcoolismo, o que pode não ser o caso. Contudo, deve-se levar em conta que os resultados de pesquisas que associam a conjugalidade a melhores prognósticos e menores riscos em relação ao alcoolismo (Dawson, Goldstein & Grant, 2008; Filizola *et al.*, 2008; Barros *et al.*, 2007) também apontam para a relevância desta variável.

Referente à questão do trabalho, verificou-se o seguinte:

Tabela 17. Internações e trabalho

	Única internação	2 ou 3 internações	entre 4 e 8 internações	mais de 8 internações	Total
Empregado ou autônomo	34	18	6	1	59
Biscateiro	12	6	4	1	23
Aposentado/ em benefício	6	11	14	17	48
Desocupado	32	42	29	32	135
Total	84	77	53	51	265

$\chi^2 = 49,896$; $gl = 9$; $p < 0,001$.

Os casos de desocupação sem benefício previdenciário apresentam variação relativamente pequena e desordenada. Dentre os demais, principalmente os de trabalho regular, parece haver uma tendência de associação entre ocupação e nível de reinternações. Estes

números podem indicar apenas o presumível comprometimento decorrente do alcoolismo: dependência mais grave, mais internações, pior estado de saúde e menor capacidade laborativa. Porém o número de casos de desocupação é elevado em termos absolutos, tornando-o relevante para abordagem nas entrevistas. Cabe lembrar que, para uma investigação mais detalhada, estes dados devem ser encarados sob o aspecto ocupacional (se trabalha ou não e se com regularidade) e também social (desocupação com ou sem renda; desocupação forçada ou desejada e formalizada).

Esta etapa do trabalho permitiu traçar uma caracterização geral dos alcoolistas atendidos pelo serviço, além de levantar algumas indicações de aspectos relevantes que seria pertinente enfatizar na etapa seguinte, através das entrevistas. Na análise dos dados das entrevistas, estes resultados preliminares também serão retomados.

Análise e discussão dos resultados

O quadro a seguir apresenta a classificação dos códigos utilizados em categorias. A ordem das categorias procura ilustrar a ordem cronológica dos contextos e processos a que elas se referem, descrevendo a trajetória dos 13 sujeitos entrevistados em relação ao surgimento e enfrentamento do alcoolismo.

Categoria	Codificação focal (subcategorias)	Codificação inicial (elementos de análise)
1. Contexto de surgimento e agravamento do alcoolismo	1.1. Relação com a substância	1.1.1. Marcando idade de início do uso e do abuso. 1.1.2. Obtendo prazer com o uso 1.1.3. Bebendo para alívio de ansiedade, tristeza, raiva e inibições 1.1.4. Aumentando o consumo 1.1.5. Apontando a substância como a principal fonte de seu sofrimento 1.1.6. Especulando sobre origens do alcoolismo
	1.2. Vulnerabilidades anteriores ao abuso	1.2.1. Trabalho infantil e dificuldade de acesso à escola 1.2.2. Uso de outras substâncias 1.2.3. Outros problemas de saúde
	1.3. Planos prévios ao abuso	1.3.1. Fazendo planos para o futuro 1.3.2. Planos frustrados 1.3.3. Ausência/escassez de planos para o futuro
	1.4. Valorização da vida antes do abuso	1.4.1. Períodos de bom relacionamento familiar 1.4.2. Trabalho 1.4.3. Progresso material 1.4.4. Outras atividades gratificantes

	1.5. Contexto social do sujeito	1.5.1. Configurações familiares 1.5.2. Ocupações prévias
	1.6. Circunstâncias que contribuíram para o surgimento/agravamento do alcoolismo	1.6.1. Enfrentando perdas/abandono 1.6.2. Conflitos familiares 1.6.3. Estímulos externos 1.6.4. Ocupação precária ou inexistente 1.6.5. Precariedade de moradia.
	1.7. Percepção dos primeiros problemas decorrentes do alcoolismo (para si e para outras pessoas que bebiam)	1.7.1. Conflitos familiares e rompimento de vínculos 1.7.2. Agravos à saúde 1.7.3. Prejuízo material 1.7.4. Prejuízo no trabalho/estudo 1.7.5. Ideação/tentativas de suicídio
2. Experiência passiva de tratamento	2.1. Expectativas iniciais em relação aos tratamentos	2.1.1. Efeitos dos medicamentos 2.1.2. Solução definitiva com intervenção única. 2.1.3. Vantagens ou inconveniências de internações prolongadas
	2.2. Motivos para buscar tratamento	2.2.1. Assustar-se com sintomas de abstinência 2.2.2. Pressão familiar 2.2.3. Ordem judicial
	2.3. Mudanças percebidas ao longo dos tratamentos	2.3.1. Conscientização sobre a doença 2.3.2. Mudanças de pensamentos e atitudes 2.3.3. Sem mudanças significativas
	2.4. Utilização das modalidades de tratamento disponíveis	2.4.1. Hospital como tratamento inicial/exclusivo 2.4.2. Utilizando outros serviços de saúde

		<p>especializados</p> <p>2.4.3. Utilizando serviços comunitários de ajuda mútua</p> <p>2.4.4. Utilizando medicamentos</p>
	<p>2.5. Avaliações de aspectos positivos e negativos dos tratamentos</p>	<p>2.5.1. Reclusão e segurança oferecida pelas internações (hospital e CT)</p> <p>2.5.2. Caráter disciplinador dos serviços (inclui autonomia nas CT's)</p> <p>2.5.3. Interação com os profissionais</p> <p>2.5.4. Interação com os colegas pacientes/usuários</p> <p>2.5.5. Recuperação física no hospital</p> <p>2.5.6. Tratamento proporcionando a reflexão</p> <p>2.5.7. Serviço como provedor de alimentação, abrigo e/ou ocupação</p>
<p>3. Experiência de recuperação</p>	<p>3.1. Recuperação com abstinência</p>	<p>3.1.1. Idéia de necessidade de abstinência para caracterizar uma recuperação.</p> <p>3.1.2. Negando ter tido experiências de recuperação.</p> <p>3.1.3. Avaliando recuperação em função do tempo de abstinência.</p> <p>3.1.4. Idéias de ruína caso tome o primeiro gole.</p>
	<p>3.2. Benefícios da abstinência ou do controle do consumo</p>	<p>3.2.1. Normalização da alimentação e do sono</p> <p>3.2.2. Economia/aquisição de bens</p> <p>3.2.3. Satisfação subjetiva</p> <p>3.2.4. Melhora do relacionamento familiar</p> <p>3.2.5. Trabalho: melhora do</p>

		desempenho ou retorno à atividade
	3.3. Recuperação com uso moderado	3.3.1. Mantendo períodos gratificantes de uso moderado. 3.3.2. Tendo dificuldades para manter uso moderado.
	3.4. Contextos que favoreceram a recuperação	3.4.1. Ajuda dos familiares 3.4.2. Ocupação gratificante 3.4.3. Religião 3.4.4. Convivência com pessoas que não bebem
	3.5. Estratégias adotadas para recuperação	3.5.1. Evitação e enfrentamento de estímulos ao consumo 3.5.2. Uso de medicamentos para substituir o álcool ou como pretexto para recusar bebida
4. Processo de recaída	4.1. Motivos para voltar ao consumo	4.1.1. Vontade/impulso intenso de beber (sem estímulo externo) 4.1.2. Estímulos externos para voltar a beber. 4.1.3. Voltando a beber na expectativa de conseguir manter o controle 4.1.4. Voltando a beber ao abandonar tratamento
	4.2. Fatores de retorno e manutenção do abuso	4.2.1. Necessidade de amenizar os sintomas de abstinência ou o mal-estar inicial do retorno ao consumo 4.2.2. Conflitos ou perdas

		familiares 4.2.3. Falta de ocupação ou ocupação precária
	4.3. Reações à retomada do consumo	4.3.1. Reações físicas 4.3.2. Reações psicológicas 4.3.3. Tentativas de controlar o problema
5. Reorganização moral da identidade como alcoolista	5.1. Afirmação de qualidades	5.1.1. Afirmando virtudes morais 5.1.2. Afirmando caráter trabalhador 5.1.3. Constatando transformações positivas recentes 5.1.4. Outras qualidades
	5.2. Percepções do olhar do outro	5.2.1. Modo como é visto pelos outros quando está bebendo
	5.3. Reformulação da identidade em função do problema	5.3.1. Recebendo o diagnóstico 5.3.2. Comparando seu beber com o de outras pessoas 5.3.3. Distinguindo ou equiparando “doença” e “vício” 5.3.4. Considerações sobre ter um vício/ser um bêbado 5.3.5. Considerações sobre ter uma doença/ser um dependente
6. Projeto de recuperação	6.1. Realização de tratamento	6.1.1. Encarando realização de tratamento como aspecto prioritário da vida 6.1.2. Planejando próximas etapas de tratamento 6.1.3. Perspectiva de tratamento por tempo indeterminado/permanentemente

	6.2. Idéias sobre o que precisa fazer para se recuperar	6.2.1. Ter determinação 6.2.2. Evitar estímulos ao consumo 6.2.3. Procurar ocupações 6.2.4. Repetir estratégias exitosas do passado 6.2.5. Não sabe o que fazer 6.2.6. Reencontrar felicidade
	6.3. Perspectiva de alcançar recuperação	6.3.1. Esperança/desejo de recuperação 6.3.2. Idéia de exibir sua recuperação a familiares e/ou aos profissionais de saúde 6.3.3. Sem perspectiva de recuperação duradoura
	6.4. Projeções de relacionamento familiar	6.4.1. Esperança de reaproximação ou manutenção de vínculos 6.4.2. Manutenção do distanciamento 6.4.3. Importância motivacional do vínculo familiar
	6.5. Perspectivas em outros aspectos da vida	6.5.1. Retorno/preparação para o trabalho 6.5.2. Expectativas positivas para a vida de modo geral 6.5.3. Impossibilidade ou dificuldade de fazer projeções de longo prazo 6.5.4. Desejo de fazer boas ações
7. Contexto de vulnerabilidades e recursos	7.1. Vulnerabilidades nos relacionamentos familiares	7.1.1. Família distanciando-se ou restringindo apoio oferecido 7.1.2. Conflitos familiares recentes 7.1.3. Enfrentando a desconfiança dos familiares 7.1.4. Empatizando com o

		sofrimento dos familiares
	7.2. Vulnerabilidades sociais e de saúde	7.2.1. Condições de moradia e sustento 7.2.2. Precariedade ocupacional 7.2.3. Problemas de saúde 7.2.4. Reclusão ou escassez de amizades
	7.3. Interações sociais viabilizadoras	7.3.1. Manutenção de apoio e bom relacionamento familiar 7.3.2. Vínculos importantes além da família
	7.4. Estados psicológicos atuais	7.4.1. Afetos negativos 7.4.1. Afetos positivos

Figura 02 – Quadro das categorias e subcategorias

Conforme o referencial teórico adotado neste estudo, compreende-se o sujeito como constituído historicamente, sendo seus pensamentos e ações resultantes de suas interações, sua trajetória e seu contexto atual. A finalidade desta pesquisa é traçar a trajetória de tratamento, recuperação e recaída destes sujeitos, bem como compreender seus projetos de vida e os sentidos que eles atribuem às suas experiências.

Sendo assim, a elaboração de categorias e subcategorias buscou evidenciar e codificar os seguintes aspectos dos relatos dos participantes:

1. As descrições dos sujeitos sobre os contextos em que se inseriam à época do início do abuso e no momento atual.
2. Os fatores que os entrevistados referiram como principais determinantes ou conseqüências do alcoolismo.
3. As experiências cruciais que compõem a trajetória como alcoolista: tratamento, recuperação e recaída.
4. As transformações percebidas pelos entrevistados ao longo das suas trajetórias, no que diz respeito às suas interações sociais, seus projetos de vida e suas identidades.

A seguir, serão apresentadas as categorias e subcategorias, inicialmente de modo mais descritivo, destacando as mais significativas e as que agrupam os códigos mais freqüentes, de modo a expor o conteúdo das entrevistas. Na parte final do capítulo, serão melhor

discutidas as relações entre as categorias e subcategorias, apresentando uma teorização possível sobre o fenômeno em questão.

Categoria 1: Contexto de surgimento e agravamento do alcoolismo.

Nesta categoria foram incluídas as informações que contribuíram para contextualizar a vida do sujeito no período prévio ao surgimento dos problemas por abuso de álcool, bem como para traçar algumas das condições de produção do fenômeno do alcoolismo na vida destas pessoas. Das entrevistas puderam ser extraídos dados sobre o contexto social do sujeito, projetos de vida, vulnerabilidades e fatores agravantes do abuso de álcool; também foi possível acessar a percepção do sujeito sobre a transformação da sua relação com a substância e, conseqüentemente, da sua vida de modo geral.

O contexto social (subcategoria 1.5) prévio ao abuso é descrito principalmente através do relato das **configurações familiares (1.5.1)** e suas transformações à época em questão. Quase todos os participantes relataram ter morado com ao menos um dos pais até a adolescência, sendo a exceção o participante nº 12, que relatou falecimento dos pais durante sua infância, tendo sido acolhido em várias propriedades rurais onde morava e trabalhava. Cinco participantes relataram período vivendo em família monoparental, em função de separação ou falecimento de um dos pais.

A união conjugal e o nascimento de filhos ocorreram durante a adolescência para três participantes e três deles relataram nunca ter tido filhos ou união conjugal. Dentre os que tiveram companheiras (10), apenas dois não haviam passado por separações conjugais e três relataram períodos de moradia na casa dos pais de um dos cônjuges, em função de dificuldades financeiras para manter uma casa apenas para o casal.

Além das configurações familiares, os sujeitos também descreveram sua vida anterior ao abuso através do relato de suas experiências de trabalho **(1.5.2. – ocupações prévias)**. Condizente com a condição de baixa renda e baixa instrução que predomina entre os usuários do hospital, destacam-se os relatos de trabalhos braçais, principalmente em lavoura e construção (com 5 e 4 participantes respectivamente), além de empregos no comércio, sendo que apenas um dos participantes refere atuação em serviço com exigência de instrução de nível técnico.

A baixa renda e a baixa instrução ficam evidentes em outros trechos das entrevistas, os quais optou-se por contemplar em uma subcategoria separada: **vulnerabilidades anteriores ao abuso (1.2.)**. Esta subcategoria incluiu códigos referentes a certos aspectos individuais e contextuais que podem ser considerados fatores de vulnerabilidade, não apenas ao alcoolismo, mas a problemas de saúde de modo amplo; ou seja, condições individuais, materiais e culturais que determinam a qualidade do acesso à informação e aos recursos de saúde, bem como as possibilidades e interesse das pessoas de implementar certas práticas de cuidado de si (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr., 2008):

Dez participantes referiram ter começado a trabalhar na infância (1.2.1). Destes, nove o fizeram porque precisavam colaborar com o sustento da família e acabaram abandonando os estudos em função da necessidade de trabalhar mais tempo e/ou para dar oportunidade aos irmãos mais novos (em situações em que a família não poderia manter todos os filhos estudando ao mesmo tempo). A exceção foi o participante que referiu trabalhar na lavoura quando criança e nunca ter tido qualquer instrução formal.

O uso de outras substâncias psicoativas na adolescência foi relatado por quatro participantes e também está relacionado à questão do trabalho precoce e do abandono da escola, como ilustram estes trechos:

No fim, comecei a trabalhar na profissão de chapeador e pintor, gostei, aprendi, ganhava mais ou menos... não quis estudar mais. Dava pra usar droga à vontade... beber à vontade... Participante nº 10.

Aí com 14, 15, trabalhava meio expediente, estudava de tarde e trabalhava de manhã. De tarde eu saía do colégio e me juntava com a rapaziada. Mas as vezes faltava, não ia na aula e ia com a piaçada pros campos, pra achar o cogumelo. Aí um pedia dinheiro pro pai, outro pedia dinheiro pra mãe, aí juntava e comprava um vinho. Aí ia pra um campo lá escondido, fazia um fogo e fervia o vinho com os cogumelo. Participante nº 6.

Embora penoso, o trabalho na infância teve um aspecto gratificante para alguns dos entrevistados: obtenção de dinheiro para comprar álcool e outras drogas. O estudo, já dificultado pela necessidade de trabalhar, fica ainda mais prejudicado pelo crescimento

do interesse nas atividades que envolvem o consumo. O trabalho, por sua vez, fica mais gratificante e atraente por viabilizar o consumo.

Os trechos acima contêm informação sobre outro aspecto que também foi classificado como vulnerabilidade: uso de outras substâncias (1.2.2.), anteriormente ou à mesma época do início do abuso de álcool. Quatro participantes referiram uso de outras drogas, um deles relatando período de abuso de cocaína no passado e uso esporádico de crack ainda atualmente. Outras substâncias mencionadas foram maconha, cogumelos alucinógenos e tabaco.

Outro fator de vulnerabilidade foi a ocorrência de outros problemas de saúde anteriores ao abuso de álcool. Três participantes relataram sintomas e iniciativas de tratamento de problemas psicológicos nesta época da vida: um recebeu encaminhamento a atendimento psicológico na infância, supostamente por problemas de hiperatividade; outro recebeu um diagnóstico de fobia social e outro relatou um problema que permanece indefinido até hoje, que lhe causa tonturas, tremores e outros sintomas compatíveis com quadro de ansiedade intensa (este problema motivou seu encaminhamento à psiquiatria, antes de ter problemas por abuso de álcool). Em dois dos três casos, há um problema psicológico relacionado à ansiedade intensa, o que é comum a outros participantes, mesmo os que não o referiram como um problema de saúde prévio ao alcoolismo. A ansiedade foi referida de várias formas, e seu papel na trajetória destes sujeitos é bastante relevante, como será discutido mais adiante.

As subcategorias *contexto social do sujeito e vulnerabilidades anteriores ao abuso* são descritivas, contendo os elementos que, nas entrevistas, não eram explicitamente associados ao alcoolismo; entretanto, tornam-se úteis para uma compreensão mais contextualizada da realidade prévia ao abuso referida pelos sujeitos, e serão retomadas mais adiante, relacionadas a outras subcategorias mais significativas.

Uma subcategoria em que aparece uma relação mais explícita com o problema do alcoolismo é a de **valorização da vida antes do abuso (1.4)**, que agrupa elementos referentes à melhor qualidade de vida referida pelos participantes no contexto prévio ao abuso. Os principais aspectos dessa valorização são a gratificação pelo trabalho (1.4.2), o relacionamento familiar menos conflituoso (1.4.1) e a capacidade de sustentar a família e adquirir bens (1.4.3). As menções a outras atividades gratificantes (1.4.4) referiram-se principalmente ao lazer com amigos que não implicasse consumo de álcool.

O aspecto mais evidente foi o do trabalho, citado por doze participantes. O trabalho foi destacado como aspecto positivo em função da gratificação financeira e/ou moral que proporcionava, como visto nestes trechos iniciais de respostas à pergunta sobre como era a vida antes do abuso de álcool:

Ah, vida normal, trabalhava, assim, né? (...) Depois comecei a trabalhar em construção. Trabalhei no Paraná, trabalhei em Tramandaí, Porto alegre... eu tinha uma vida boa mesmo. Participante nº 8.

Era boa. Era boa, trabalhava. Participante nº 11.

Era normal. Trabalhava... Participante nº 13.

Além da remuneração, o trabalho foi lembrado como aspecto essencial para caracterizar uma vida considerada normal e/ou para conferir dignidade:

- E como é uma vida digna?
- Uma vida como uma pessoa normal, como um homem que trabalha, um homem que... que... é, uma pessoa digna, uma pessoa que trabalha, uma pessoa que... que o trabalho dignifica o homem, né? Participante nº 9

O predomínio de respostas referentes ao trabalho sugere uma destacada importância deste aspecto da vida para estes sujeitos, a qual é reiterada mais adiante, na análise de outras subcategorias.

Todos estes aspectos da vida foram referidos como vantagens do modo de vida anterior ao abuso, as quais foram prejudicadas ou perdidas completamente em função do desenvolvimento do alcoolismo. Numa primeira análise, poder-se-ia supor que estes sujeitos descrevem sua trajetória como uma vida normal e gratificante até o momento do início do alcoolismo, como se a mudança na relação com a substância (abuso), por si só, inaugurasse uma série de problemas que até então não existiam, provocando uma ruptura nesta trajetória de vida normal.

O discurso que se reproduz na prática clínica com estes pacientes, possivelmente pela preocupação em ser educativo e muito focado na abstinência, enfatiza esta noção de uma relação danosa com a substância, a qual deve ser cortada para que a vida volte ao normal – normalidade esta que é, em geral, presumida como positiva.

Passando então à questão da **relação com a substância (subcategoria 1.1.)**. Foi solicitado aos participantes que indicassem a idade de início do uso de álcool e a idade de início do abuso (definido como o momento em que o sujeito percebeu que estava bebendo demais), a fim de 1) confrontar essas informações mais pontuais com a subsequente descrição do contexto da época e 2) verificar o tempo transcorrido entre o início do uso e o do abuso. Esta última informação pode ser vista no quadro a seguir.

Tabela 18. Idades atuais dos participantes e idades de início de uso e abuso (em anos).

Sujeito	Idade	Início uso	Início abuso	Tempo do uso ao abuso
1	30	19	22	3
2	34	18	20	2
3	46	13	20	7
4	42	14	17	3
5	40	14	22	8
6	49	9	25	16
7	41	12	20	8
8	44	13	28	15
9	39	14	18	4
10	47	12	18	6
11	53	10	35	25
12	46	12	14	2
13	33	13	20	7
Média	41,85	13,31	21,46	8,15
Desvio-padrão	6,67	2,75	5,38	6,74

A média de idade dos entrevistados ficou bastante próxima da média dos pacientes internados no período de um ano (43,18; desvio-padrão 8,80). A idade aproximada de início de uso foi facilmente apontada por todos, porém a idade de início de abuso foi mais difícil de apontar. A maioria das respostas sobre o início do abuso foram vagas, por vezes apontando eventos ao invés de idade. Mesmo participantes que colocavam um marco objetivo para o início do seu alcoolismo (por exemplo, a partir de uma tragédia familiar), ao longo da entrevista deixavam claro que a definição do início do abuso é ambígua – por exemplo, apontando que já bebiam excessivamente mesmo antes do

evento que marca o início do abuso. Além disso, os participantes têm entendimentos diferentes sobre o que é “beber demais”, o que também afeta a resposta a esta pergunta.

Ainda assim, a maioria das idades apontadas é razoavelmente próxima, sendo provável que, a despeito de ambigüidades (na mesma entrevista) e diferenças (entre as entrevistas) na definição do que seja o início do abuso, essa faixa etária represente de fato um período crítico para o surgimento do alcoolismo na vida destes sujeitos. Note-se ainda que a média de idade de início de abuso (21,46) é inferior à idade mínima de internação (23) registrada na análise dos dados de prontuários. Levando em conta ainda que a internação foi a porta de entrada para o tratamento para a maioria dos entrevistados (como será detalhado em outra categoria), isto indica que decorre longo intervalo entre o início do abuso de álcool e a busca por tratamento.

Já quanto ao lapso de tempo entre o início do consumo e o abuso, verifica-se grande variabilidade (2 a 25 anos). Mesmo em casos de início de uso ainda na infância, pode levar muitos anos até o sujeito chegar a um consumo abusivo, como se vê, por exemplo, nos casos dos participantes nº 6 e nº 11. Novamente, é necessário ponderar que essa resposta pode corresponder mais ou menos à realidade, conforme o modo como o sujeito define o que é beber demais. Por outro lado, todos os entrevistados já passaram por várias internações e estão bastante familiarizados com o discurso dos profissionais do serviço, partilhando de algumas informações e conceitos sobre o assunto.

Casos em que há um período de vários anos de uso regular e moderado de álcool suscitam questionamentos acerca do entendimento de alcoolismo como uma doença crônica para a qual só há controle através da abstinência. Esta noção pressupõe que, em dado momento, há uma transformação radical na relação do sujeito com a substância, de tal forma que ele torna-se incapaz de controlar o consumo. Diante de tal variabilidade do intervalo entre o início do uso e início do abuso, cabe indagar que fatores determinam o momento dessa transformação, e também por que se considera essa transformação tão radical a ponto de impossibilitar o retorno ao consumo moderado, mesmo que este tenha sido praticado pelo sujeito durante vários anos?

Via de regra, a relação inicial com a substância é caracterizada pelos efeitos prazerosos proporcionados pela bebida (relacionados às suas propriedades depressoras do sistema nervoso central) e também pelos contextos gratificantes de consumo. Para estes entrevistados, a maior parte das menções (aparecendo em cinco entrevistas) ao prazer do

uso de álcool **(1.1.2)** referia-se aos momentos de lazer com amigos e às festas e bailes. Em quatro entrevistas, foi mencionado o prazer proporcionado especificamente pelas propriedades da bebida (por exemplo, o prazer da “tonturinha” e a escolha de bebidas preferenciais em função do sabor ou da concentração alcoólica). O relato de trabalhar embriagado foi freqüente, mas um participante deixou explícito o prazer da embriaguez no trabalho:

Eu nunca fui de chegar assim bêbado no serviço ou ficar bêbado no serviço, sabe? Nunca fiz isso. Mas fica mais faceiro, parece que até trabalha melhor. Mas isso é só imaginação, acho, da cabeça da gente. Participante nº 1.

O desenvolvimento do alcoolismo por vezes é descrito como um aumento do consumo em função do prazer proporcionado pela bebida, até se atingir um nível crítico a partir do qual o sujeito não consegue recuar, precisando então manter o consumo não por prazer, mas para evitar o sofrimento. No caso de uma dependência de álcool, este sofrimento são os sintomas de abstinência, sendo que o beber vem amenizar um mal-estar que o próprio consumo de álcool causou.

Neste estudo, sete entrevistados referiram que, mesmo antes do início do alcoolismo, a relação com a bebida já era marcada pela expectativa de alívio de ansiedade e sofrimento **(1.1.3)**. O consumo de álcool era um recurso utilizado para amenizar inibições e facilitar interações sociais (para quatro sujeitos); para esquecer problemas e tristezas (quatro sujeitos); para conseguir acalmar-se e relaxar (dois sujeitos) e para “descontar a raiva” por situações frustrantes (1 sujeito). Nestes casos, não se está falando de sintomas de abstinência, ou seja, o sofrimento para o qual se busca alívio não é decorrente do consumo de álcool; mas já existe uma expectativa de alívio que pode caracterizar a relação com a substância anteriormente ao alcoolismo, tanto quanto (ou talvez mais) a expectativa de prazer.

Como se vê, o aumento do consumo pode ser motivado tanto por prazer como pelo alívio de sofrimento, e este aumento pode ser rápido ou lento até o abuso e a dependência. Descrevendo o percurso de aumento do consumo **(1.1.4)**, a maioria dos participantes (oito) relatou que este foi gradual e, durante tal percurso, houve um período em que se procurou manter normalmente outras atividades da vida, a despeito do consumo elevado:

Eu bebia todas as noites. Mas conseguia, no outro dia, trabalhar tranquilo. Participante nº 8.

Então ali que começou a ficar mais forte, aí nós saía do restaurante, num dos restaurantes que eu trabalhei, que trabalhei em vários, e danceterias, daí nós saíamos dali, tinha uma fruteira, fruteira grande, e ali o cara vendia de tudo, né? Daí nós saía, a turma que trabalhava de barman e garçom, e daí nós saíamos dali e íamos jogar truço nessa fruteira. E nós amanhecia tomando cerveja. Todos os dias. Participante nº 5.

Eu trabalhava numa madeireira. Ia pro mato, derrubar mato. E eu era o cozinheiro. E os patrão bebiam também. Levavam, nos levavam cachaça. As 10 horas eu ia pro acampamento fazer a comida. Ali começava a beber. e passava o resto do dia bebendo. Soltava o serviço, o primeiro boteco que nós chegava, continuava bebendo de novo. Participante nº 11.

Como se vê, a capacidade de manter-se trabalhando é um aspecto importante para estes sujeitos na avaliação de sua trajetória no alcoolismo. A questão do trabalho ainda será retomada em subcategorias mais específicas, mas cabe destacar agora o seguinte: no contexto das entrevistas, estava claro que o fato de manter-se trabalhando não era referido como razão para negar ou minimizar o aumento ou os riscos do nível de consumo; antes, era o relato de um esforço para continuar a levar sua vida normal, a despeito do aumento.

Em sua retrospectiva sobre a relação com a substância, vários sujeitos (oito) descreveram esta relação em termos comparativos, sobre um tipo de relação inicial, positiva, e uma relação posterior, negativa. Fazendo isso, em alguns momentos, estes participantes apontaram o álcool como a sua principal fonte de sofrimento (1.1.5), a partir do momento em que a relação tornou-se negativa, utilizando expressões como estas:

E... isso só que foi no início se apresentou como uma loira maravilhosa, linda, bonita, com olhos verdes cintilantes como diamante e um corpo bonito e bronzeado, só que isso foi passando e se tornou uma bruxa na minha vida, entende? Participante nº 3

Foi a bebida alcoólica que me destruiu.
Participante nº 10.

Tava vivendo muito bem mesmo, agora essa bebida aí que estragou. Participante nº 7.

Estas afirmações vão no mesmo sentido do que se observou quanto à valorização de aspectos da vida antes do alcoolismo, acerca do entendimento de uma vida normal e/ou boa, que é estragada ou interrompida pela substância (que chega a ser personalizada, como no trecho acima).

Por fim, três entrevistados chegaram a fazer especulações sobre possíveis origens remotas de seu alcoolismo (1.1.6). Um deles recordou o sofrimento com a separação dos pais, na infância, indagando se isso poderia ser um trauma que o levasse a desenvolver a dependência. Outros dois relataram situações de exposição a ambientes em que o consumo intenso de álcool era naturalizado, durante a infância, sendo que um deles lamentou a ausência de um pai que lhe impusesse limites e ensinasse que aquilo era ruim.

Apesar de recorrerem a algumas idéias bastante simplificadoras para caracterizar sua relação com a bebida (como as do item 1.1.5), observa-se que a transformação desta relação foi gradual na maioria dos casos, sendo que o aumento do consumo não se deu apenas em função do prazer pelos efeitos da substância ou da influência de um contexto estimulante do beber. Em vários momentos, ao falarem do período prévio e do contexto de início do abuso, os entrevistados apontaram **circunstâncias que contribuíram para o surgimento ou agravamento do alcoolismo (subcategoria 1.6)**.

A maior parte das manifestações codificadas sob esta categoria se refere à família. Optou-se por distinguir os relatos de **conflitos familiares (1.6.2)** dos relatos de **perdas de entes queridos por morte ou abandono (1.6.1)**. Cinco participantes falaram sobre: a morte da mãe (1), morte da esposa (1), separação conjugal (3) e abandono por parte da filha (1). Cabe esclarecer que vários outros pacientes falaram sobre separações conjugais, mas nesta categoria constam especificamente as menções à separação enquanto uma experiência de perda à qual o sujeito atribui um aumento no padrão de consumo de álcool.

Em um dos casos, a separação conjugal se deu em decorrência de um abuso de álcool que já existia, o qual foi então agravado, principalmente com o abandono pela filha, que ocorreu na mesma época. Nos outros dois casos, a separação não estava relacionada ao uso

de álcool, sendo que os sujeitos já bebiam regularmente e referem ter aumentado significativamente o consumo após a separação.

Tanto o sujeito que relatou a morte da esposa quanto o que relatou a perda da mãe, apontam estes eventos como uma experiência extremamente perturbadora e carregada de intenso sofrimento; ambos se referem a tais perdas como tragédias que provocaram uma ruptura em suas vidas, levando-os a abandonar suas atividades normais e aumentar drasticamente o consumo de álcool, como ilustram os seguintes trechos:

Eu senti, como ser humano, uma determinada impotência, comecei a fazer determinadas perguntas que eu não tinha respostas. (...) Então eu passava os dias ocioso e bebendo. Bebendo, bebendo e pensando, né. Participante nº 3, em relação à mudança em sua vida após a morte da mãe.

Cheguei lá, dei de cara com a mulher no caixão. Ela grávida de 8 meses. E aí, olhei aquilo ali, dali em diante a minha vida virou... não teve mais jeito. Aí era um trago atrás do outro, um fogo atrás do outro. Até que não... não teve mais jeito. Participante nº 4.

Ainda em relação à família, três entrevistados apontaram **conflitos familiares (1.6.2)** como circunstâncias que os levaram a aumentar o consumo de álcool. Dois deles relataram períodos em que estavam morando com suas companheiras, com contato freqüente com a família de origem delas, e a interferência dos parentes das companheiras na vida do casal gerou atritos. Num dos casos, o entrevistado e a companheira moravam na casa do irmão dela, e o entrevistado queixou-se da sua posição de submissão ao cunhado:

- Mas nós não tinha casa própria, né? E até por isso muitas coisas eu tive que engolir, também. E eu bebia também, né, até pra esquecer isso aí. (...)

- O que que eram essas coisas que tu tinha que engolir?

- Ah, a gente não tava no que era da gente, né? As pessoas no caso, lá onde nós morava era dum irmão dela, até. Ele chegava e falava o que queria, mandava eu fazer o que ele queria, entendeu? Participante nº 1.

Esta necessidade de submeter-se ao familiar dono da casa também incomodava um participante que morava com os pais em uma

pequena propriedade rural. Por imposição do pai, ele trabalhava na propriedade da família, sem remuneração, apenas em troca de moradia e alimentação. Esta situação gerava conflitos com o pai e isto foi apontado como motivo para beber mais.

No que toca à influência dos relacionamentos familiares, pode-se encontrar vários estudos que apontam a convivência com familiares que bebem muito (Santos & Veloso, 2008) e a história de consumo por parte dos pais (Natera-Rey e cols., 2001) como fatores que contribuem para o desenvolvimento do alcoolismo. Já os conflitos familiares são mais comumente mencionados como conseqüências do abuso de álcool (Reinaldo & Pillon, 2008; Gianini *et al.*, 1999), mas não se pode desprezar o sentido inverso desta relação, com o conflito familiar contribuindo para o desenvolvimento do problema (Alvarez, 2007; Rigotto & Gomes, 2002). O conflito familiar aparece em outros contextos nas entrevistas aqui analisadas, o que permitirá discutir nuances de sua mútua influência em relação ao alcoolismo.

Assim como a influência familiar, a influência de amigos também é descrita como um tipo de estímulo ambiental ao consumo de álcool (Santos & Veloso, 2008), e a popularização desta idéia se traduz no uso da conhecida expressão “más companhias”, como ilustra este mesmo estudo de Santos e Veloso. Já dentre os entrevistados do presente estudo, apenas um utilizou esta expressão, sendo que apenas dois apontaram a influência de amigos como um estímulo que levou a aumentar o consumo. Referências ao beber com amigos foram incluídas no código **1.1.2. (prazer no uso)**, pois descreviam momentos de diversão que envolviam beber, em que o sujeito era agente ativo do que acontecia, não o alvo passivo da influência de amigos.

Dentre estes entrevistados, os que apontaram **estímulos externos contribuintes para o desenvolvimento do alcoolismo (1.6.3)**, referiram-se principalmente à disponibilidade de bebida no local de trabalho. Em um dos casos, o entrevistado trabalhava como *barman* e garçom, e costumava beber com os colegas após o trabalho, passando a beber durante o trabalho também. Outros dois trabalhavam em serviços braçais em locais afastados da área urbana (pedreira e madeireira), sendo praxe haver bebida alcoólica à disposição dos trabalhadores em seus momentos de descanso ou mesmo durante o serviço.

Se as circunstâncias do trabalho foram complicadores em alguns momentos, a **precariedade ou a inexistência de ocupação (1.6.4)** foram mais freqüentemente relatadas como fatores contribuintes para o desenvolvimento do problema. Cinco participantes relataram o

desemprego como momento crítico, em que aumentaram o consumo de álcool em função do tempo ocioso e/ou de severas dificuldades financeiras. Quatro participantes relataram períodos de trabalho precário e irregular (biscates) ou de trabalho não-remunerado para outros familiares.

Na prática clínica com estes pacientes, esta questão da desocupação é abordada pelos profissionais como consequência do alcoolismo. Assim como acontece com o conflito familiar, recebe pouca atenção o fato de que este tipo de problema pode também ser um dos determinantes do surgimento ou agravamento do alcoolismo. Estudos de prevalência ajudam a evidenciar a relação entre estes fatores sociais e o alcoolismo (Barros *et al.*, 2007, Tomkins *et al.*, 2007), porém não têm como indicar a natureza nem o sentido desta relação, daí a relevância da abordagem qualitativa nessa investigação.

Outro aspecto social incluído nesta subcategoria diz respeito à **precariedade de moradia (1.6.5)**. Cinco entrevistados referiram períodos de vida errante, morando na rua e/ou em alojamentos improvisados no local de trabalho. Um deles referiu também ter ocupado durante algum tempo uma tapera (a antiga casa de sua mãe, abandonada). Estas situações ocorreram na vida dois sujeitos em dois contextos: para dois deles, ir morar na rua foi uma escolha voluntária, feita num momento de ruptura familiar (conflito com os familiares com quem morava ou sofrimento pela morte de um familiar). Para os demais, o período morando na rua decorreu da extrema pobreza, quando não tinham como sustentar uma moradia nem contavam com apoio de alguém que os acolhesse.

Na literatura encontram-se estudos que indicam maior prevalência de abuso de álcool entre moradores de rua do que na população em geral (Fischer & Breakey, 1991); assim como no caso do conflito familiar e da desocupação, fica evidente uma relação com o alcoolismo, mas que carece de detalhamento. Estudos qualitativos que abordaram moradores de rua apontam o abuso de álcool e/ou outras drogas como um aspecto marcante da vida dessas pessoas (Varanda & Adorno, 2004; Alvarez, Alvarenga e Della Rina, 2009), porém sem explorar detalhadamente a relação morar na rua – abuso de álcool.

Em síntese, esta subcategoria agrupa relatos que reiteram a relação entre certos aspectos sociais e o alcoolismo, já apontada principalmente por estudos de prevalência. Para além disso, estes relatos também indicam que o sentido desta relação pode ser de mútua influência, diferente da idéia comumente encontrada até mesmo no

discurso dos profissionais, em que se apontam estes aspectos apenas como conseqüências do alcoolismo.

Retomando as outras subcategorias já discutidas, temos uma razoável descrição do contexto anterior ao desenvolvimento do alcoolismo e uma compreensão inicial da percepção dos entrevistados sobre a época anterior ao abuso e sobre o início do abuso, com as mudanças em seus padrões de consumo. Como este estudo parte de uma noção de sujeito cuja identidade se constitui na interação entre sua memória, seus projetos e um contexto (Velho, 1999), foi importante questionar os participantes sobre seus projetos, perguntando sobre os seus planos e prioridades naquele momento da vida.

Em relação a estes **planos prévios ao abuso (subcategoria 1.3)**, os relatos evidenciam certa pobreza neste aspecto. Em algumas entrevistas, houve até dificuldade para responder sobre isso, havendo alguns momentos de silêncio e respostas vagas, sendo necessário insistir ou reformular perguntas para obter respostas um pouco mais detalhadas. Seis participantes afirmaram terem projetos muito vagos ou não terem qualquer projeto ou plano naquela época.

Alguns pacientes relataram um modo de vida muito voltado ao presente, preocupados com questões imediatas, sem projeções de realizações futuras e sem planos a empreender.

Ah, não, nem pensava em nada... só pensava ter um troco pra tomar. Pra tomar e fumar. E comer alguma coisa. Mas não tinha plano nenhum. Nenhum plano... nenhum plano. Participante nº 7.

Outros referiam alguma idéia sobre uma projeção de futuro, porém de tal modo vaga, que se torna difícil saber se realmente reflete algo sobre o modo como o sujeito pensava sua vida na época, ou se é uma resposta estereotipada, mera repetição de lugares-comuns sobre o que seja um projeto de vida (por exemplo, dizer que pretendia estudar, mas sem falar sobre o quanto e para quê):

Eu queria estudar, mas não tinha nada formado na minha cabeça, assim, o que. Mas nada assim... concreto. Participante nº 13.

Dentre os que referiram alguma projeção mais específica, destacam-se os seguintes aspectos: trabalho e formação de uma família. Há menções também ao estudo, porém, nos casos em que a resposta não

era vaga como descrito acima, os planos de estudo referiam-se ao aprendizado de determinado ofício no qual se pretendia trabalhar. Também foi colocado o plano de obter uma moradia própria (ou ao menos uma moradia exclusiva, sem depender de morar na casa de outras pessoas), o que sempre foi colocado como parte importante do projeto de formar uma família.

Estes participantes que relataram planos também falaram de sua frustração, total ou parcial, em todos eles. Foram descritas realizações que foram alcançadas e depois desfeitas, assim como projetos que nunca foram viabilizados, em função da história de vida do sujeito ou das circunstâncias do momento:

Quería ser alguma coisa do quartel, né? No fim, na época que eu me alistei no quartel, fiz a inspeção de saúde, tinha muita gente, tinha gente de sobra, né? Daí quem tinha mais estudo, já levaram aqueles, e aqueles que moravam pra fora e tinham menos estudo, eles deixaram. Daí eu não fui. Já e eu tivesse estudado, tivesse seguido até a época de ir pro quartel, né? Daí de repente eu tinha servido, daí, eu já tinha mais estudo, né? Participante nº 2.

(...) e eu fui começar a trabalhar mesmo pra ver se ganhava dinheiro. Só que nunca deu certo. Não sei se eu que fiz errado ou...

- Como assim, o que não deu certo?

- Não deu certo, por exemplo, eu juntar dinheiro pra comprar um terreno, fazer uma casa...como todo mundo faz, né? Trabalha, vai lá, trabalha, ou só namora, a pessoa se cuida pra não engravidar... como tem hoje em dia, né? Meu irmão mesmo, ele tá fazendo casa, ele tem moto, ele tem a namorada dele, mas eles se cuidam pra não ter filho, que não é a hora (...) Fez uma coisa planejada, né? Eu planejei as coisas, só que nunca saiu como eu planejei. Participante nº 1.

Podemos então distinguir dois grupos de participantes: para alguns (5), predominava um modo de vida voltado a questões mais imediatas, em parte pela imposição de necessidades urgentes de sobrevivência em função da pobreza, em parte pela despreocupação com o futuro na medida em que algumas condições básicas estavam asseguradas. Para estes, as projeções para o futuro eram muito restritas ou parecia não haver razões ou condições para fazê-las. Para outros (8),

havia projetos de vida e foram feitas tentativas de implementá-los, mas todos estes relataram frustrações na sua realização.

Note-se que isto se refere ao contexto anterior ao abuso. No entanto, alguns participantes atribuíram ao abuso de álcool a frustração de certos planos; estes casos foram contemplados na **subcategoria 1.7. Percepção dos primeiros problemas decorrentes do alcoolismo.**

Dentre tais problemas, destacam-se os **conflitos familiares e rompimento de vínculos (1.7.1)**: doze entrevistados relataram conflitos conjugais (ou com outros familiares com quem moravam) decorrentes do abuso de álcool, o que, na maioria dos casos, levou a separações conjugais ou à saída do sujeito da casa (quando morava na casa de pais ou irmãos). Cinco participantes referiram ainda terem se tornado mais agressivos, irritáveis ou menos capazes de resolver conflitos do cotidiano em função do aumento do consumo de álcool.

Os relatos de conflitos familiares, principalmente os conjugais, ilustram o quanto a relação entre o alcoolismo e outros problemas da vida do sujeito pode ser complexa. Conflito familiar e abuso de álcool ora alternam-se como causa e consequência um para o outro, ora exercem uma mútua influência que mantém o sujeito em um círculo vicioso, sendo difícil distinguir se algum desses fatores pode ser apontado como anterior ao outro. Há relatos de separações motivadas por abuso de álcool e também por outros fatores, em alguns casos na história de um mesmo indivíduo; assim como há relatos de separações que não tiveram grande impacto sobre o sujeito e separações que trouxeram grande sofrimento e levaram a um drástico aumento do consumo de álcool. Esta relação fica mais complexa à medida que considerarmos também sua participação nos contextos de recuperação e recaída, mais adiante neste trabalho.

Os **agravos à saúde (1.7.2)** também são consequências importantes do abuso de álcool e foram referidos por todos os entrevistados. Os entrevistados relataram tanto problemas que observaram em outras pessoas que bebiam muito, quanto os que eles próprios sentiam: sintomas de abstinência, estados de confusão mental, cirrose, distúrbios gastrointestinais, prejuízo na alimentação e no sono e acidentes sofridos em função da embriaguez. Por serem problemas que, quando graves, ficam muito evidentes, são mais difíceis de negar, racionalizar ou minimizar; por isso, acabam sendo os fatores que terminam por levar o sujeito a buscar ajuda espontaneamente (discussão mais detalhada a seguir, na categoria sobre os tratamentos).

Categoria 2 – Experiência passiva de tratamento

Esta categoria abrange os códigos que descrevem as experiências de tratamento pelas quais os entrevistados passaram. Inclui informações acerca das expectativas iniciais dos sujeitos em relação ao tratamento para o alcoolismo, suas motivações para buscar atendimento, os serviços que já utilizaram e suas avaliações sobre estes, bem como a percepção de mudança com tratamento. Dentre as entrevistas, os aspectos convergentes que foram evidenciados são: 1) o uso precário da rede de serviços de saúde, com a internação sendo ainda modalidade principal ou única de atendimento; 2) a expectativa de “cura” com intervenção pontual; 3) a repetição de tratamentos, principalmente internações, a despeito da pouca mudança percebida; 4) a busca por tratamento impelida por situações críticas, como o surgimento de sintomas físicos muito graves ou por pressão dos familiares; e 5) a valorização da reclusão, da segurança e da disciplina impostos pelo tratamento.

Estes aspectos constituem as dimensões de uma forma específica de sentido atribuído a determinado tipo de experiência, conceituado através desta categoria como **experiência passiva de tratamento**. Esta categoria pode então funcionar como um conceito útil para definir uma maneira de o sujeito posicionar-se em relação à realização de tratamento em função do sentido que ele atribui a esta experiência. Tal definição articula um conjunto de expectativas, motivações e ações, para dar conta da situação do sujeito que se coloca como paciente no sentido tradicional do termo: ao ver-se em situação crítica de saúde, submete-se à intervenção profissional e institucional, esperando que esta intervenção externa sobre si o proteja e o cure. A experiência passiva de tratamento pode ser considerada uma reação do sujeito que corresponde à oferta de tratamento nas modalidades biomédicas e jurídico-morais convencionais.

Passando ao detalhamento das subcategorias, como já sinalizado no final da discussão da categoria anterior, os agravos à saúde (1.7.2), mais especificamente os sintomas de abstinência, constituem o principal dentre os **motivos para buscar tratamento (subcategoria 2.2)**. Nove entrevistados relataram ter decidido procurar ajuda ao **assustarem-se com os sintomas de abstinência (2.2.1)**. Foram relatados sintomas graves, como alucinações, convulsões e tremores intensos, indicando que, no momento em que resolveram buscar tratamento, já havia uma dependência severa.

Esta subcategoria não se refere apenas à primeira iniciativa de tratamento, mas também às reinternações mais recentes. Alguns participantes relataram utilizar o hospital como o principal ou o único recurso de tratamento, o qual procuram apenas quando apresentam graves sintomas de abstinência (até porque não seriam internados se não fosse esta a situação) e não conseguem mais controlar o consumo ou suportar uma desintoxicação doméstica por conta própria. Fica claro que mesmo pessoas que já passaram por várias internações e outros tratamentos continuam a reinternar em estado tão ruim ou pior do que em suas primeiras iniciativas de tratamento, alguns até receando a morte:

É, me deu medo da morte. Senti a morte de perto. Andou me dando... andei vomitando sangue, defecando sangue...
Participante nº 10.

Eu vim porque... que jeito que eu ia agüentar ficar em casa? Não tinha mais como agüentar. Passando mal, só enxergava tudo quanto é coisa... não conseguia dormir. Me tapava de noite com a luz acesa, parecia que entrava os bicho por debaixo das cobertas... caminhavam no meu corpo, por tudo. Participante nº 7.

Além da constatação dos sintomas de abstinência e outros danos à saúde, outro fator importante na decisão de buscar atendimento foi a **pressão familiar (2.2.2)**, referida por sete entrevistados. A pressão familiar pode ser exercida no sentido de incentivar a busca espontânea por tratamento, no caso de uma pessoa que percebe os danos decorrentes do alcoolismo mas hesita em buscar atendimento:

Eu vim porque esse meu irmão, o mais novo, me pediu pra vim. E eu sabia que precisava, só que não tinha coragem de vim. Eu tinha medo. Participante nº 8.

Já no caso de uma pessoa que reluta em admitir a gravidade do problema e a necessidade de procurar ajuda, a pressão familiar se dá em um sentido de obrigar o sujeito a submeter-se a tratamento, por vezes sob ameaça de abandono conjugal, expulsão do lar ou perda da guarda dos filhos, por exemplo. Destes sete entrevistados, três deles enfrentaram esta última forma de pressão familiar, enquanto os demais relataram esta pressão como um esforço dos familiares em ajudá-los, considerando-a algo positivo, ainda que desagradável.

Submeter-se, contrariado, a uma internação, foi uma experiência relatada como negativa pelos entrevistados, que aceitaram tratamento nestas circunstâncias apenas como uma forma de pacificar a relação com os familiares que o pressionavam, em detrimento de um comprometimento pessoal com uma proposta terapêutica:

Então eles não gostavam nem um pouco daquilo e eu achava que eles tavam errados e não eu, né? Ai me senti mal, quando alguém me falou que eu tinha problemas com drogas, com álcool. Com droga, que o álcool não deixa de ser uma droga, né? Me senti muito ruim, mesmo. Não vim forçado, na minha primeira internação. Não, vim porque me convenceram a vir, né? Mas... como que eu vou explicar, não vim gostoso, assim, não vim gostando de me internar, né? Participante nº 9.

Três participantes relataram situações extremas, em que foram internados compulsoriamente. Em episódios de agressividade em casa, os familiares chamaram a polícia e a internação dos entrevistados foi determinada judicialmente. A internação compulsória mobilizou reações semelhantes às exemplificadas acima, com os sujeitos submetendo-se ao tratamento por não terem outra alternativa e sentindo-se revoltados ou magoados com os familiares:

E eu disse pra ela, na cara dela, doutor, digo pro senhor também, 'eu bebo e não vou deixar de beber. não vou deixar de beber, porque uma coisa tu fez de errado comigo. Não podia ter chamado a polícia pra me levar pro hospital.' (...) Olha meus documentos, bota nos computadores aí, olha se eu tenho entrada na polícia. Agora só porque eu tomei um trago aí... ta certo, esculhambei, quebrei tudo, mas... por que não chamou um vizinho, então, chama um vizinho, pega, leva, interna' Participante nº 12.

Daí eu tinha, por ordem judicial, eu tinha que ficar 3 meses fazendo tratamento. Era ordem do juiz, né? Ai eu fui esses 3 mês. Só que quando finalizou os 3 mês eu não fui mais.

- E por que não foi mais?

- Não fui mais porque era uma coisa tipo obrigado, sabe? Digo não, agora então não preciso mais. Participante nº 1.

Vários estudos enfatizam a importância da motivação (enquanto característica do indivíduo), sobretudo para manter a adesão a tratamento (Resende e cols. 2005). A adesão a tratamento, assim como o prognóstico de modo geral, é bastante favorecida pela qualidade da relação terapêutica estabelecida com o paciente (Laudet e cols, 2009; Bergmak, 2008). Os relatos acima ilustram situações em que o sujeito aceita realizar um tratamento, porém sem engajar-se em uma proposta efetivamente terapêutica e criando um novo ponto de conflito familiar que pode piorar ainda mais o relacionamento em casa ou se tornar mais um motivo para recaída ou agravamento do alcoolismo (como será discutido na categoria sobre voltar a beber).

Em momentos de crise, a única solução possível para a família pode ter sido recorrer à pressão com ameaças ou ao acionamento de força policial e determinação judicial para internação, porém são medidas a serem evitadas tanto quanto possível. Por desconhecimento ou dificuldade de acesso aos níveis mais básicos da rede de serviços de saúde, tem-se a internação como único recurso de tratamento, enquanto um atendimento ambulatorial e mais precoce poderia ser melhor aceito pelo sujeito.

Dentre os entrevistados, mesmo os que passaram por internações compulsórias eventualmente decidiram procurar ajuda espontaneamente e esperavam obter algum benefício do tratamento. As principais **expectativas iniciais em relação aos tratamentos (subcategoria 2.1)** eram referentes à eficácia da intervenção profissional. Oito sujeitos referiram expectativa de resolução definitiva do problema com uma intervenção única – que foi sempre a internação, à exceção de um caso. Esta expectativa era partilhada pelos familiares:

-Como a tua família reagiu na época do teu primeiro tratamento?

- Achando que ia se recuperar da primeira vez, né?

- Como assim?

- Achando que ia ficar bem de vereda, achando que ia se internando uma vez, ficava recuperado pra sempre, ficaria bem pra sempre. Não ia voltar mais a usar bebida nem nada.

- E tu pensava isso também?

- Também. Participante nº 2.

Tal expectativa é possivelmente decorrente da admissão do sujeito como paciente do hospital, em que lhe é explicado que seu problema com abuso de álcool é uma doença e que esta será tratada com uma internação. É compreensível que a conclusão a que o paciente chegue é a de que a internação vai curar sua doença. Todos que referiram estas expectativas também afirmaram que elas já foram desfeitas, conforme foram recebendo informação sobre a cronicidade da doença e a impossibilidade de uma cura definitiva, mas com a possibilidade de controle.

As **mudanças percebidas ao longo dos tratamentos (subcategoria 2.3)** ficaram distantes das expectativas iniciais dos entrevistados. Quatro deles referiram a conscientização sobre a doença (2.3.1), mencionada acima, como a única mudança que conseguem perceber em suas vidas após os tratamentos que realizaram. Cinco entrevistados mencionaram mudanças duradouras de pensamentos e atitudes (2.3.2), porém bastante heterogêneas e não necessariamente associadas ao enfrentamento do alcoolismo:

O que mudou? Acho que mudou muita coisa, cara, senão eu acho que eu estaria debaixo duma ponte (...) Eu estaria morando numa favela, sei lá. Oportunidade eu tive pra morar nesses lugares. Só que eu procurei ajuda, né? Então acho que foi uma melhora pra mim, por mais que eu esteje internando mas foi uma melhora pra mim.
Participante nº 5.

Bã. Mudou tudo. Mudou tudo, porque até então eu tava indo numa descendência... tava indo numa estrada que... tava descendo pra esquerda. Depois da primeira internação eu comecei a subir pra direita entendeu?
Participante nº 3.

Eu fiz muita amizade boa, muita gente querida.. muitos amigos bons mesmo. Os familiares muito me apoiaram.
Participante nº 4.

Finalmente, quatro pacientes, a despeito de ainda recorrerem frequentemente à internação e de ainda se proporem a realizar algum tipo de acompanhamento fora do hospital, referiram perceber pouca ou nenhuma mudança em suas vidas ao longo da trajetória de tratamento (2.3.3):

O que mudou?... Olha, mudou muito pouca coisa. Fica pouco tempo sem... sem recair, sem essas coisa, e volta de novo, então pouco muda, né? Participante nº 2.

Questões relativas à avaliação do tratamento ou ao entendimento sobre a doença podem suscitar respostas estereotipadas ou pouco sinceras, se os participantes sentirem-se de algum modo constrangidos em “falar mal” de algum serviço ou por dizer algo que eles imaginem que possa incomodar o entrevistador, como por exemplo criticar a eficácia do tratamento ou a explicação sobre a natureza da doença. É possível ainda que em alguns momentos, o entrevistado recorra ao discurso pronto aprendido nos serviços de atendimento para responder certas questões. Em alguns casos, contradições, vaguezas ou apenas a insistência pelo detalhamento da resposta podem revelar conteúdos inicialmente ocultos ou implícitos, como por exemplo a resposta do Participante nº 10: “Ah, mudou bastante coisa. Mas... mudou até por ali, porque... saí daqui, já saí bebendo e não mudou muito, né?”

Em outros momentos da entrevista, este participante reitera a afirmação de que, via de regra, retoma o abuso de álcool imediatamente após suas internações, sendo que a única mudança efetiva é o breve período de abstinência e recuperação da alimentação e do sono, propiciados pela internação – ou seja, sem qualquer mudança duradoura de idéias ou comportamentos em relação ao consumo de álcool. Sendo assim, na codificação de sua resposta, optou-se por enfatizar o final da primeira frase da resposta (“não mudou muito, né?”), em detrimento da afirmação “mudou bastante coisa”.

Ao longo das entrevistas, outras ambigüidades e pequenas contradições na mesma frase ou resposta foram codificadas levando em conta estes mesmos critérios. Contradições que apareciam de outras formas, que não uma retificação do que o sujeito acabara de dizer, como no caso acima, não foram tratadas desta forma; se em um momento da entrevista, algum trecho contradizia outro anterior, ambos eram codificados normal e independentemente. A verificação de idéias divergentes ou contraditórias dentro de uma mesma entrevista é parte da etapa de comparação de dados com dados, no processo de refinamento da codificação na teoria fundamentada (Charmaz, 2009).

De modo menos avaliativo e mais descritivo, os participantes também falaram sobre suas experiências de **utilização das modalidades de tratamento disponíveis (subcategoria 2.4)**. Para onze participantes, o hospital foi a porta de entrada na rede de saúde, com a internação

sendo a primeira iniciativa de tratamento para o alcoolismo **(2.4.1)**. A maioria mantém o hospital como o principal recurso de atendimento, utilizando internações e consultas no pronto-atendimento. Um dos pacientes utiliza o grupo de apoio semanal conduzido pela enfermagem da unidade e outros três pacientes não utilizam outros serviços (ou utilizaram apenas uma vez, sem engajar em acompanhamento ou projeto terapêutico), sendo que a internação é a única modalidade de tratamento que realizam quando voltam a enfrentar problemas por abuso de álcool. Fica evidente que os entrevistados pouco têm utilizado a rede de serviços, como preconizado pela política de atenção integral aos usuários de drogas (Ministério da Saúde, 2003)

Onze pacientes referiram ter recorrido a outros serviços de saúde especializados **(2.4.2)**, como Caps-ad, ambulatório e consultório de psiquiatria. Dez entrevistados referiram ter procurado o Caps-ad, mas apenas três atribuíram resolutividade ao serviço; um deles freqüentou o serviço compulsoriamente (ordem judicial), desinteressado, outro não pôde manter a freqüência necessária em função de dificuldades físicas de locomoção, e os demais afirmaram não ter gostado do atendimento ou não ter percebido benefício significativo com a freqüência ao Caps.

Quanto à utilização de serviços comunitários de ajuda mútua **(2.4.3)**, quatro pacientes relataram freqüência ao AA e seis relataram períodos de internação em comunidade terapêutica (CT) em área rural. Sobre o AA, dois participantes perceberam benefício e dois não; dentre os que estiveram em CT, quatro relataram não ter gostado e/ou não ter obtido resultado satisfatório.

Além do atendimento em diversos serviços, a utilização de medicamentos **(2.4.4)** é outra modalidade de tratamento da qual todos os entrevistados já lançaram mão, até porque eles recebem medicamentos para aliviar sintomas de abstinência durante a internação e comumente esta farmacoterapia se prolonga por algum tempo após a alta, para facilitar a manutenção da abstinência. Alguns pacientes prolongam este uso por indicação médica, outros o fazem por conta própria. Dentre estes entrevistados, apenas dois queixaram-se de não perceber efeito positivo da medicação, sendo que um deles ainda atribui ao medicamento seu constante estado de desânimo.

Nenhum dos participantes soube explicar a finalidade dos medicamentos que utilizava, referindo noções vagas de que eram remédios para acalmá-los e/ou para conseguirem dormir e/ou para diminuir-lhes a vontade de beber. Alguns pacientes já haviam utilizado ou ainda utilizavam variadas combinações de benzodiazepínicos,

antidepressivos (ISRS), estabilizadores de humor (com expectativa de controle de impulsividade, conforme registro médico) e/ou antipsicóticos típicos.

Esta subcategoria refere-se apenas aos relatos sobre que recursos terapêuticos os participantes já procuraram, além de incluir as opiniões mais gerais sobre tais recursos (gostei/não gostei, ajudou/não ajudou, etc.). Os trechos das entrevistas que contém o detalhamento dessas opiniões, em que os pacientes especificam por que gostaram ou não de algum serviço, foram codificados sob a **subcategoria 2.5: avaliações de aspectos positivos e negativos dos tratamentos**. Isto permitiu identificar sete aspectos que foram utilizados pelos pacientes como critérios para avaliar o atendimento e a eficácia dos tratamentos.

O primeiro deles (2.5.1) diz respeito à reclusão oferecida pela internação, seja no hospital ou em CT. Dois pacientes referiram-se à reclusão como algo negativo, porém estes sujeitos referiam-se à proposta de internação em CT, que deveria durar vários meses, durante os quais eles ficariam distantes da família e praticamente isolados de qualquer convívio social fora da fazenda. No entanto, no caso da internação hospitalar, a reclusão foi referida como um ponto positivo: sete sujeitos afirmaram sentirem-se seguros no hospital, pois estavam resguardados do contato com estímulos ao consumo e tinham a proteção de um ambiente em que a bebida era inacessível:

[a internação] *Ajuda porque aqui eles não permitem fumar, nem beber. Só fica aqui dentro.* Participante nº 11.

Bom, eu chego aqui mal, como eu cheguei. Ai eu faço amizade com o pessoal... os doutor aqui já me conhecem... e eu sei que eu estando aqui dentro, eu to seguro. Eu to seguro.(...) Aqui eu sei que to seguro, não to na rua. Bebendo. Quanto mais tempo, eu tava dizendo pra doutora, quanto mais tempo puder me deixar aqui, melhor vai ser. Pra mim me fortalecer mais ainda. Participante nº 4.

Afirmações como estas evidenciam certa fragilidade dos pacientes diante da influência ambiental que favorece o beber, o que pode servir para corroborar a lógica da estratégia de prevenção de recaída, que prioriza o planejamento da rotina em função da evitação e enfrentamento de estímulos ao consumo (Rangé & Marlatt, 2008; Marlatt, 1993). No entanto, no que diz respeito à avaliação positiva da internação, o que está evidente aqui não é o aprendizado de uma

estratégia de enfrentamento do problema, mas sim a valorização do ambiente protetor, que oferece um isolamento temporário. O alívio relatado pelos pacientes nestes casos tem mais a ver com um período de fuga de seus problemas cotidianos do que com a perspectiva de resolução de problemas.

Além da reclusão, outro aspecto institucional avaliado pelos participantes foi o caráter disciplinador dos serviços (2.5.2). Semelhante ao item anterior, o caráter disciplinador foi considerado um ponto negativo no caso das CT's, enquanto que, no caso do hospital, foi considerado positivo. Houve uma exceção, no caso de um paciente que via como uma vantagem da CT a exigência de certa conduta baseada numa moral religiosa. Para outros três respondentes, a imposição disciplinar de uma rotina de trabalho e vigilância nas CT's era algo negativo:

- *Eu agüentei 3 meses lá, mas... pra mim, parecia um inferno. A gente não é dono de si, sabe?*
- *Como assim?*
- *A gente quer ir apanhar uma fruta pra comer, sempre tem um que eles chamam de "sombra"⁵, sabe?*
- *É um que fica sempre junto...*
- *Sempre, sempre. A gente vai no banheiro, o cara fica na porta esperando... pra mim aquilo lá não vai recuperar ninguém, nunca. Acho que nem deveria existir aquilo lá. A pessoa é escrava lá, não é paciente. Participante nº 8*

Quanto ao hospital, quatro pacientes apontaram como ponto positivo a disciplina de horários para alimentação, higiene, medicação e sono, que a internação propicia. Sendo comuns os relatos de negligência com o autocuidado em períodos de abuso de álcool, a restituição desta rotina sob o controle da enfermagem é percebida pelos pacientes como um aspecto importante de sua recuperação, como se vê neste exemplo:

Me ajuda [a internação], doutor, me ajuda, bah, me ajuda, que aqui, ó... eu tomo meu banho na hora certa, eu tomo meu chimarrão na hora certa, eu tenho a janta na hora certa, o remédio na hora certa, a refeição na hora certa. Participante nº 12.

⁵ "Sombra", na comunidade terapêutica, é um interno designado para acompanhar o novato em seus primeiros dias, ficando junto dele o tempo todo, a fim de ajudá-lo, vigiá-lo e informar-lhe sobre o funcionamento da comunidade.

Isto é coerente com outro ponto positivo dos tratamentos apontado pelos participantes, a recuperação física no hospital (2.5.5). Cinco sujeitos descreveram a melhora percebida com a internação principalmente (ou até exclusivamente) em termos de recuperação física (ganho de peso, higiene e regularização da alimentação, do sono e da excreção), como ilustram estes exemplos:

Fiquei mais forte, engordei. Depois saí, comecei a beber de novo. Passo sem comer... já passei uma semana sem dormir e sem comer. Participante nº 10.

Me sinto bem, como, tomo chimarrão. Se a gente não consegue dormir, eles dão remédio... a gente não sente mal... sente o corpo bom... Participante nº 7.

Ontem mesmo, fazia oito dias que eu não ia aos pés. E tava comendo. (...) Hoje era peixe. Peguei dois pedacinhos só. Não desce. Não sei por que.

- *E isso melhora com a internação?*

- *Melhora. Mas mesmo assim, ia pra nove dias que eu não ia aos pés. Ontem me deram... deu 12 comprimidos e esse... um óleo.* Participante nº 6.

A promoção de reflexão sobre o problema (2.5.6) foi o aspecto menos freqüentemente mencionado na avaliação dos tratamentos. Cinco participantes apontaram como ponto positivo do tratamento a oportunidade de refletir sobre sua vida e seus problemas, porém de forma um tanto vaga. A exceção foi o participante nº 3, que relatou vários momentos de reflexão propiciados pelo ambiente hospitalar e pelas conversas com sua psiquiatra, destacando a importância desta atividade para sua recuperação. Dois participantes se referiram a este aspecto apenas com uma breve frase, descrevendo a internação como período de “botar idéias no lugar” (participante nº 1) ou “botar pensamentos em ordem” (participante nº 8). Os demais aludiram à reflexão da seguinte forma:

E eu nunca fui de muita conversa, de ter muita explicação. (...) É que eu até aqui nos grupos eu fico quieto, eu não tenho muitas palavras pra dizer, né? Então é escutar... gosto de escutar.

- *Acha que isso lhe ajuda?*

- *Acho que ajuda, acho importante... acho importante o que eles dizem...* (Participante nº 7)

-*Tem mais duas menina nova que apareceram por aí [residentes de psicologia], nós conversamos.. hoje elas vêm de novo.*

- *Conversar te ajuda?*

- *Ajuda, ajuda bastante, bah...*

- *Como?*

- *Ajuda a minha mente, outras... outras idéias, outras conversas... ajuda bastante,credo.* (Participante nº 6).

Apesar de referir benefício na troca de idéias em grupo ou conversando com os profissionais, estes sujeitos não especificam idéias novas, pensamentos que mudaram, reflexões que fizeram. Considerando também que se trata de pessoas sendo entrevistadas no hospital, por um membro da equipe com o qual ambas já estiveram em atendimento, grupal ou individual, não se pode descartar a possibilidade de que a resposta afirmativa decorra de certo constrangimento que leve o sujeito a dizer algo próximo do que julga que o entrevistador espera. Já a dificuldade de especificar a afirmação suscita certa cautela quanto à confiabilidade do discurso explícito nestes casos.

O conteúdo das entrevistas revela uma característica predominantemente passiva dos sujeitos em relação à realização de tratamento. O hospital como modalidade principal ou exclusiva de atendimento; a internação como período de isolamento e refúgio; a valorização do regramento da rotina de alimentação, higiene, sono e medicação; a avaliação do efeito do tratamento principalmente em termos da recuperação física experimentada; todos estes aspectos, somados à pobreza do efeito cognitivo desejável (estimular a reflexão), evidenciam sujeitos que se sentem protegidos e tutelados pelos serviços, mas que não desenvolvem capacidades e autonomia para lidar com seus problemas.

Esta passividade por vezes é considerada, pelos profissionais de saúde, como desinteresse do paciente pelo tratamento. No entanto, esta atitude do paciente é coerente com o modelo terapêutico que se lhe oferece, marcado por uma postura de autoridade do profissional, cujas prescrições o paciente deve cumprir e de cujas intervenções o paciente é objeto. Como discutido na revisão de literatura, nem sempre a prescrição profissional é o que se adéqua ao contexto e, na medida em que a saúde passa a ser pensada como um processo e avaliada em termos

relativos, ganha importância o desenvolvimento de autonomia por parte do sujeito.

O desenvolvimento da autonomia dos pacientes/usuários vem sendo apontado como uma tarefa que também cabe aos serviços de saúde. Como propõem Campos e Campos (2008), é por meio do vínculo que se pode desenhar propostas terapêuticas que reconduzam o sujeito à responsabilização pela própria vida; a co-construção de autonomia desenvolve a capacidade do sujeito de compreender e agir sobre e si e sobre o contexto conforme objetivos estabelecidos democraticamente. Pelo que indicam as entrevistas, o estabelecimento de um vínculo positivo e significativo com o profissional de saúde é algo que ocorre com frequência, porém restaria ainda utilizar este vínculo mais no sentido desta co-construção de autonomia, e menos no sentido de prescrever condutas pontuais.

A questão do vínculo pode ser analisada a partir dos códigos referentes às interações com os técnicos dos serviços de saúde (2.5.3.). Seis pacientes destacaram o bom vínculo e o bom atendimento como um aspecto positivo da experiência de tratamento, como exemplificado abaixo:

Aí até que a Dra. F. me pegou e... me botou no eixo, como diz o outro, né? Chegou e disse 'Olha, (nome do paciente), tu... vou te tratar mais essa vez; só que tu sai daqui e vai pro Caps.' Aí fui. Participante nº 4.

Precisando de qualquer coisa, se eu tiver com uma dor de cabeça, chego ali, a enfermeira já vai lá, já traz remédio, já tomo... quando eu venho, aqui eu sou bem tratado. Não tenho queixa. Participante nº 12.

Agora terminou [a medicação]. Por isso eu vim procurar a Dra. F., ela disse 'tu tá mal, vou te internar'. Digo 'a senhora quem sabe, doutora.' E eu tava mal mesmo. Contei a verdade pra ela, que eu discuti com a minha filha (...) Participante nº 6.

Em 93, eu tive aqui e falei com a Dra. F. e ela perguntou se eu queria internar. É uma pessoal sensacional, uma pessoa que eu considero... que é uma, são as minhas asas, hoje em dia. Se eu consigo voar e viver, eu devo minha vida a ela. (...) E... se eu nunca me esqueci de pedir auxílio e socorro, foi por causa dela, das palavras que ela me disse. Então depois desse período, eu passei por

muitas e muitas coisas, mas eu sempre voltei, procurei, pedi apoio, devido a me lembrar do que ela tinha me dito, sabe? Participante nº 3.

Chama a atenção a frequência com que a Dra. F. é mencionada como a médica de confiança. Trata-se da psiquiatra que atende na unidade (dividindo os atendimentos com o residente) e também no Caps-ad, logo, a maioria dos pacientes a conhece e em algum momento da entrevista refere-se a ela, sendo que seis pacientes fizeram elogios ao seu atendimento e nenhum apresentou qualquer queixa ou crítica. Mesmo considerando que o ambiente pode ter influenciado as respostas, estes relatos vão ao encontro do que já apontaram Laudet e cols. (2009), Miller e Miller (2009) e Bergmark (2008) acerca da relação entre a adesão a tratamento e a qualidade do vínculo com o serviço/terapeuta. Nos trechos acima, temos exemplos de como o vínculo com um profissional de saúde pode favorecer a adesão a tratamento: o paciente aceita internação, segue o encaminhamento ao Caps, recorda orientações e busca ajuda novamente quando piora.

As entrevistas também fornecem exemplos sobre como a percepção de mau atendimento pode prejudicar a adesão a tratamento e levar ao abandono do esforço de recuperação:

O Caps teve uma época boa lá. No tempo que a psicóloga... posso dizer o nome? A psicóloga M., ela trabalhava lá, ela botava um pouco de ordem lá. Aquilo lá agora tá uma desordem total. (...) Fui mal atendido [no Caps-ad]. E infelizmente, tive que xingar o pessoal. Eu tava mal, tava mal mesmo, precisava de ajuda. (...) Aí eu falei pra secretária lá, 'olha, vocês ficam sentados aí atrás dum gabinete, vocês não sabem o que tá se passando dentro das pessoas, que tão aí precisando de ajuda. Vocês podem ajudar, mas não querem.' Participante nº 8.

Neste exemplo, novamente verifica-se a importância que o paciente pode atribuir a um profissional em particular do serviço. No entanto, o mais relevante aqui é o relato de abandono de tratamento atribuído ao mau atendimento: o sujeito sentiu que a ajuda lhe era recusada em um momento de necessidade, percebendo o serviço como um lugar que não lhe oferecia acolhimento, e isso foi o motivo relatado para desistir de recorrer ao Caps-ad. Certamente é discutível esse tipo de queixa, pois na prática clínica não raro há situações em que os pacientes querem violar regras dos serviços ou têm expectativas irrealistas sobre a

ajuda que se lhes pode oferecer, sentindo-se frustrados ou indignados diante de negativas dos profissionais. Ainda assim, é um dado que encontra eco nos resultados de outros estudos, como no de Laudet e cols. (2009), cujos resultados apontaram a postura acolhedora da equipe como o segundo principal fator contribuinte para evitar o abandono de tratamento (atrás apenas das ações do serviço social).

Indicações semelhantes vêm de outros estudos que investigaram o ponto de vista dos pacientes com abordagens qualitativas, como o de Orford e cols. (2009), que verificou que os participantes consideraram o tratamento importante para a recuperação, mas principalmente em função da relação acolhedora que estabeleceram com um terapeuta. O relacionamento com a equipe já foi apontado como o principal aspecto das percepções sobre o tratamento, tanto positivas quanto negativas, sendo que a percepção de genuíno interesse do terapeuta pelo paciente, assim como o incentivo através de devoluções positivas quando há progresso, foram altamente valorizados pelos pacientes (Nordfjærn, Rundmo & Hole, 2010). As entrevistas deste estudo apontam no mesmo sentido; além do vínculo com a médica de confiança, surgiu outro exemplo que, embora seja uma situação singular, oportuniza uma discussão pertinente:

Tinha uma psicóloga lá do CAPS, que ela era... trabalhava lá, contratada, a tal de G. Até é minha madrinha. Como eu sempre [trecho incompreensível de cerca de 1 segundo] dentro da religião, religião de umbanda, ela chegou e... um dia ela passou mal e botou as mãos abertas, assim, aqui na frente, e eu olhei pra ela: 'doutora, é da religião, né?' Na religião que fazem assim. 'É, não precisa esconder, eu também sou.' Ai ela me levou, né, onde ela ia. Fui batizado lá. (...) Ai fui e gostei. E aí com o CAPS me dando apoio, a doutora F. me dando apoio, e a G. essa, psicóloga, me dando apoio também... e assim fui indo. Participante nº 4.

Neste caso, o vínculo com a psicóloga extrapolou a relação profissional e, embora a situação fosse inadequada, o entrevistado considerou importante o apoio da psicóloga para sua recuperação. O vínculo com esta psicóloga fez parte de um contexto em que este participante comprometeu-se com um projeto terapêutico no Caps-ad, manteve seu período de abstinência mais prolongado e obteve êxitos importantes, como a reforma da casa e a retomada da rotina de trabalho. A mútua identificação através da religião e a inserção, a convite da

psicóloga, em uma comunidade religiosa, na qual o paciente sentiu-se bem, também fizeram parte deste contexto. Certamente não se está argumentando a favor da prática desta psicóloga; este exemplo está sendo apresentado para discutir a experiência de tratamento segundo os pacientes e também a relevância do tratamento para a recuperação.

Na revisão de literatura para esta pesquisa, foi discutida a questão da eficácia dos tratamentos. Os relatos sobre as experiências de tratamento evidenciam expectativas iniciais de resolução do problema com uma intervenção pontual de internação e medicamentos; verifica-se também que os participantes atribuem poucas mudanças significativas e duradouras em suas vidas após a longa trajetória de tratamentos. Estas constatações vêm reforçar os argumentos sobre o valor relativo dos tratamentos, bem como sobre a necessidade de se mobilizar outros recursos, principalmente comunitários, no enfrentamento do problema do alcoolismo.

O exemplo acima ilustra uma maneira (ainda que inapropriada) de mobilizar o que podemos chamar de “capital de recuperação” (*recovery capital*). Embora ainda não possa ser utilizado como um construto suficientemente objetivo para ser mensurável e se prestar a predições (Sterling, Slusher & Weinstein, 2008), o conceito de *recovery capital* é considerado multidimensional e útil para designar a quantidade e qualidade de recursos que podem ser localizados como ponto de partida e manutenção para a recuperação (White, 2009). Especificamente, a aproximação da psicóloga serviu para promover, na comunidade, uma forma de remover o sujeito de sua “cultura de adição” (*cultures of addiction*) e inseri-lo em uma “cultura de recuperação” (*culture of recovery*)⁶ – estratégias para utilizar a comunidade a favor de um processo de recuperação a longo prazo (White, 2009).

O reconhecimento da relevância do suporte social no enfrentamento do alcoolismo é parte do fundamento dos grupos de mútua ajuda e das comunidades terapêuticas. Mesmo os serviços técnicos especializados adotam algumas de suas estratégias, principalmente os dispositivos grupais visando a mútua ajuda entre pessoas com o mesmo problema. A interação com os colegas (2.5.4) foi considerada, pelos entrevistados, um importante aspecto em função do qual avaliaram os tratamentos, sendo que o mau relacionamento com os colegas em alguns casos foi motivo para abandono do tratamento.

⁶ Culturas de adição e de recuperação referem-se à rede social em que o sujeito se insere e desenvolve suas atividades; são denominadas “de adição” ou “de recuperação” conforme correspondam às circunstâncias que mantenham a primeira ou favoreçam a segunda (White, 2009).

Três participantes destacaram a interação com os colegas como aspecto positivo, em função da solidariedade que se estabelece entre as pessoas por compartilharem o mesmo problema. Três participantes referiram a oportunidade de estabelecer amizades com pessoas que passaram a integrar sua rede social também fora dos contextos de tratamento. Por fim, um respondente afirmou que se sentiu motivado pela história de outro paciente, que passou por situação mais grave que a sua e obteve recuperação rápida e duradoura.

Seis participantes qualificaram a interação com os colegas como um aspecto negativo. Três deles deixaram de frequentar o Caps-ad por não suportar conviver com os colegas que bebiam logo após as atividades ou mesmo dentro do Caps, às escondidas; outros três relataram abandono da CT devido a atritos com outros internos, em função da divisão de tarefas e outras normas do lugar. Houve ainda um entrevistado que referiu vergonha de falar nos grupos, por considerar-se pessoa ignorante, de muito pouca instrução.

Tanto em serviços comunitários como nos especializados, verifica-se que a qualidade da interação e o estabelecimento de vínculos interferem na adesão à proposta terapêutica, positiva e negativamente, dependendo de cada caso. O impacto que cada modalidade de tratamento vai produzir, em termos de recuperação, também é variável; nas entrevistas, a mesma característica pode ser percebida como positiva ou negativa por pessoas diferentes (como no caso da disciplina, por exemplo). Em suma, o conteúdo das entrevistas aponta para uma heterogeneidade no modo como os sujeitos avaliam as modalidades de atendimento.

Categoria 3 – Experiência ambivalente de recuperação

Esta categoria abarcou os códigos que descreviam as experiências de recuperação, dando conta de apreender como os participantes definem que resultados são aceitáveis para qualificar uma recuperação, em que contextos eles obtiveram melhora ao longo de sua trajetória, quais estratégias utilizaram para tanto, e também que benefícios eles perceberam nos momentos de controle do alcoolismo. Interessante notar que há episódios claramente de recuperação, mas que não são considerados como tal, assim como há momentos de recuperação que pouco ou nada têm a ver com a realização de tratamento.

A forma como o sujeito organiza a sua experiência de recuperação pode ser mais ou menos coerente com a realidade concreta, de forma que, dependendo do sentido que o sujeito atribui à experiência, ele pode desprezar fatores favoráveis à recuperação ou menosprezar melhorias de vida que não cumpram certo critério para ser reconhecida como recuperação (abstinência). A organização da experiência de recuperação é marcada por certas discrepâncias entre a melhoria que de fato ocorre e a que o sujeito reconhece como recuperação, principalmente em função da restrição da compreensão do alcoolismo ao comportamento de beber – portanto, recuperação traduz-se apenas em termos de beber/não beber. Esta forma de atribuir sentido à experiência de recuperação pode ser definida como uma **experiência ambivalente de recuperação**.

Dentre os entrevistados, a abstinência é referida com destacada importância, como meta de tratamento, como realização gratificante ou até como sinônimo de recuperação em si. Todos os participantes, quando perguntados sobre seus episódios de recuperação, responderam principalmente através da descrição dos seus períodos de abstinência. Estes elementos foram reunidos na **subcategoria 3.1. Recuperação com abstinência**.

Doze entrevistados apresentaram a idéia de necessidade de abstinência para caracterizar uma recuperação (**3.1.1**), acreditando ser impossível recuperar-se do alcoolismo por outra via que não a da abstinência:

Não tem, pra mim, não existe [beber moderadamente]. Não dá. Participante nº 8.

- (...) e ela [médica do pronto-socorro] disse pra mim assim depois: ‘olha, tu quer viver mais uns tempo? Não precisa parar com a bebida. Diminui, se tu quer viver mais uns tempos. Senão, logo, logo, tu vai ir.’ (...) Eu achei errado. Ela deveria ter dito assim, ó: ‘tu quer durar mais um tempo? Para com a bebida.’ Não diminui, pára. Participante nº 4.

Três participantes negaram experiência de recuperação (**3.1.2**), por entenderem que esta pressupõe abstinência duradoura ou permanente, sendo que eles nunca atingiram isto em sua trajetória. Provavelmente, estas negativas referem-se à idéia de uma recuperação definitiva, pois todos os entrevistados, inclusive os três citados acima,

referiram períodos de melhora, em que o problema do alcoolismo esteve sob controle, e avaliaram o grau desta melhora em função do tempo de abstinência acumulado **(3.1.3)**.

Os que negaram experiência de recuperação consideraram seus períodos de abstinência demasiado curtos:

Não teve [período de recuperação]... já tive internado e... e passa 2, 3 meses, daí eu me sinto mais ou menos, e depois acabo voltando a beber de novo e... acabo piorando de novo, né... Participante nº2.

Por outro lado, os períodos longos de abstinência considerados foram relatados como sendo períodos de recuperação e considerados gratificantes:

*- (...) Ai fiquei dois anos e pouco sem beber.
- Se sentia melhor nessa época?
- Mas 100%. Participante nº 4.*

Doutor, eu já tive uma ano e seis meses, sem fumar e sem beber. A minha vida era maravilhosa. Participante nº 12.

Nesses 7 meses, eu fiquei bem. Daí eu recaí Participante nº 1.

“Recair”, no contexto de onde foi retirado o trecho acima, refere-se a voltar a beber, ou seja, o paciente relata sete meses de abstinência. A abstinência é encarada com tal severidade em alguns casos, que o sujeito assimila idéias de ruína decorrente do primeiro gole **(3.1.4)**:

Porque a gente assiste essas reunião e essas palestra, só falam que se botar o primeiro gole vai... já tá perdido, né, volta tudo de novo. Participante nº 2.

E às vezes a gente pensa, todo mundo sabe que o primeiro gole é fatal. Mas a gente pensa que vai conseguir tomar um gole e parar. Mas não pára. Participante nº 8.

No caso, diz que... o alcoolismo é uma doença, né, cara, diz que depois de tu tomar o primeiro gole, tu vai beber todas. Como tenho escutado palestras e coisa, né? Participante nº 9.

Depois que eu tomar o primeiro, daí não paro mais. Pode ser a hora que for, não tem hora certa, de manhã, de tarde, de noite. Se tomar o primeiro gole, desanda.
Participante nº 5.

A idéia de que qualquer violação da abstinência implica necessariamente um retorno ao abuso de álcool por vezes é referida como uma conclusão retirada da experiência pessoal (nº 5). No entanto, fica evidente o papel dos serviços de atendimento e grupos de ajuda na consolidação desta crença, a tal ponto que a idéia é naturalizada (“todo mundo sabe...”). Estes exemplos ilustram a importância do discurso dos profissionais e dos colegas veteranos de grupos de ajuda mútua como fontes de informação que as pessoas utilizam na construção do sentido para suas experiências (Alves, 1998).

De modo geral, a elevada frequência com que ocorreram os códigos incluídos nesta subcategoria (74 ocorrências) reflete a força com que estas idéias ainda participam do estoque de conhecimento a que estes sujeitos recorrem na construção do sentido de suas experiências. *Estoque de conhecimento* é um termo empregado nas ciências sociais para designar o repertório de informações e significados sedimentados, do qual o sujeito lança mão como um código de interpretação de suas experiências anteriores e atuais, e o qual também determina suas antecipações do que está por vir (Schutz, 1979). Estes entrevistados passaram por longa trajetória de tratamentos, de modo que o discurso dos serviços (de profissionais e colegas) e as experiências de tratamento são importante constituinte de seu estoque de conhecimento.

As idéias sobre a importância da abstinência podem ter efeitos negativos para estes pacientes. Expectativas pouco realistas sobre a manutenção da abstinência podem levar ao já mencionado *efeito de violação da abstinência* (Silva & Serra, 2004) e idéias fatalistas sobre o primeiro gole podem se tornar “profecias que se auto-realizam”, na medida em que os sentimentos negativos suscitados pela violação, aliados à idéia de que não há como evitar o abuso a partir deste ponto, constituam motivos para desistir de tentar controlar o consumo. Outro efeito negativo pode ser a constatação, relatada por alguns pacientes, de que a recuperação só pode ser considerada como tal se houver abstinência completa e duradoura, desprezando a promoção de melhora em outros aspectos da vida, ou dos benefícios obtidos com o uso moderado.

A subcategoria **3.2, Benefícios da abstinência ou do controle do consumo**, abrange os códigos referentes às melhorias percebidas pelos pacientes em função da redução do consumo de álcool. Esta subcategoria permite compreender que aspectos da vida os participantes percebem como afetados pelo alcoolismo e cuja recuperação eles mais valorizam. Coerente com o que foi relatado sobre a experiência de tratamento (acerca do efeito positivo da internação sobre as mazelas físicas dos pacientes), um dos aspectos valorizados foi a normalização da alimentação e do sono (**3.2.1**):

Eu comia melhor... me alimentava melhor... (...) tava almoçando certinho, 12 horas, meio-dia, tava lá almoçando certinho. (...) E fazia muitos anos que eu não fazia isso aí. Era só trago, cachaça, cachaça, trago, cigarro, e trago, e comer lá de vez em quando. Participante nº 6.

A gente sente vontade de tudo. A gente sente vontade de tomar um chimarrão. A gente sono pra dormir. A gente sente vontade de comer. Participante nº 7.

Outro benefício referido foi a economia e a aquisição de bens (**3.2.2**), tanto no sentido de poupar ou investir o dinheiro anteriormente gasto com bebida, como no sentido de reorganizar a vida financeira em função da melhora geral do período (por exemplo, a renda do novo trabalho ou o investimento em equipar a nova moradia):

Eu comprava roupa, uma televisão nova, minha casinha, né? O terreninho que eu moro lá é meu... comprei um pedaço do meu irmão. Comprei esses autos... Participante nº 7.

Eu consegui adquirir coisas que eu, roupa pra mim, no caso, né, que eu... a última vez que eu internei aqui, eu tava com uma calça e uma camiseta, né? Meu guarda-roupa hoje tá cheio, né, graças a deus. Participante nº 9.

Além destes aspectos mais práticos, de subsistência, foi referida também a satisfação subjetiva de ter logrado êxito no enfrentamento do alcoolismo (**3.2.3**):

Eu me sentia um cara respeitado, assim, sabe, as pessoas passavam por mim, me cumprimentavam. Eu tava de cara

limpa, assim, sabe? Bah, é outra vida, não tem o que comparar. Participante nº 8.

O benefício referido mais frequentemente (cinco pacientes) foi a melhora do relacionamento familiar **(3.2.4)**, principalmente em função da cessação dos conflitos associados ao abuso de álcool e reconciliações, mas também pela retomada de um papel mais ativo do entrevistado na configuração familiar:

Tava [casado novamente], e tudo de bem, tudo. Ela tava esperando bebê...meus pais tavam... orgulhosos. Participante nº 13.

Digo 'agora eu posso te ajudar, tá mais tranquilo', daí eu fui pra lá e nós se entendemo e eu digo, não, vou ficar aqui então, 'posso ficar aqui?', 'pode', então beleza. Se juntamos de novo, né? Participante nº 1.

Tava ótima [a vida quando em abstinência], tava em casa, tava trabalhando com meu filho mais velho, mas eu não cobro nem um centavo, não quero nada dele. Nada. (...)
Ele tava construindo uma casa (...). Eu fiz a ferragem (...).
Tanto as colunas quanto as vigas, todinha. Participante nº 6.

Três participantes relataram a melhora do desempenho no trabalho ou o retorno ao trabalho como um benefício do controle do consumo:

... no trabalho, trabalhava com vontade, feliz.. Participante nº 13.

Mas tem assim, às vezes eu me interno aqui, eu fico vários meses sem beber... trabalho... vivo a vida, né? Participante nº 8.

A subcategoria **Recuperação com uso moderado** agrupou códigos referentes aos relatos de períodos em que os sujeitos conseguiram manter uso moderado **(3.3.1)** e à dificuldade de manter o uso moderado por longo tempo **(3.3.2)**. Como a categoria diz respeito às experiências de recuperação, os códigos desta subcategoria referem-se ao uso moderado mantido após constatada a dependência de álcool, não sendo considerado o período de uso anterior ao diagnóstico.

Dez participantes relataram muita dificuldade para manter a moderação. A maioria referiu períodos relativamente curtos, sendo que seis deles afirmaram que costumam retornar aos níveis abusivos pouco tempo depois de reiniciar o consumo. Por vezes, o que os pacientes conseguiram fazer foi manter um aumento mais lento e gradual do consumo, até o retorno ao abuso. Dois participantes afirmaram explicitamente que acham mais viável tentar manter a abstinência do que a moderação, mas considerando as manifestações sobre a dificuldade da moderação e a valorização da abstinência, fica claro que a opção pela abstinência é generalizada.

Contudo, quatro participantes relataram períodos de uso moderado, que foram relativamente fáceis de manter e foram considerados gratificantes:

Aí sim, aí comecei a tomar só de fim de semana. Tomar caipirinha. Nós se reunia, eu e meu irmão, as filha do meu irmão, a minha ex-cunhada (...). Moderadamente, só fim de semana, só caipirinha, fim de semana. Participante nº 4.

Daí final de semana eu ia na vila, mas nem cachaça não tomava, tomava uma cerveja ou duas e deu, né? Chegava. Depois só no outro final de semana de novo. Participante nº 2.

Particularmente interessante é o exemplo do participante nº 2. Ele relatou uso de álcool e medicamentos para combater sintomas crônicos de ansiedade, os quais atrapalham bastante sua vida, em termos de interações sociais e capacidade laborativa. Também relatou muita dificuldade de ficar sem beber. O exemplo acima foi retirado de um trecho da entrevista em que ele relatou período em que esteve em condições mais satisfatórias de trabalho e moradia, durante o qual manteve o referido uso moderado e percebeu drástica diminuição da ansiedade e da vontade de beber.

Este é o exemplo mais explícito de um modo de pensar que, a julgar pelas manifestações sobre a importância da abstinência, é comum a todos os participantes: embora não qualifiquem os momentos de uso moderado como recuperação, nestes momentos eles obtiveram melhorias significativas em suas vidas, tanto quanto (ou até mais, no caso do nº 2) em períodos de abstinência. Este relato do nº2 também mostra que as condições psicossociais favoráveis são elementos importantes para diminuir a compulsão pela bebida e manter o sujeito na

possibilidade de um uso de álcool não problemático. As próximas subcategorias analisadas buscam apreender os contextos e fatores associados à recuperação, sendo que os códigos que as compõem consideraram quaisquer relatos de melhoria de vida, incluindo mas não se limitando aos períodos de abstinência.

A subcategoria **Contextos que favoreceram a recuperação (3.4)** corresponde às circunstâncias favoráveis que os sujeitos apontaram como facilitadoras do processo de recuperação. O principal, referido por nove respondentes, foi a presença de apoio familiar (3.4.1), o qual foi relatado sob diversas formas. Uma delas é o apoio relacionado ao tratamento, em que, principalmente nas primeiras iniciativas de tratamento, a família se mobiliza para visitar durante a internação e incentiva o cumprimento das propostas terapêuticas, mostrando-se solidária e colaborativa:

Foi muito apoio. Que ligavam todos os dias pra cá, pra ver como é que eu tava. E todos os dias de visita tinha gente pra visitar. E eu fiquei 2 anos, aí, passando essa internação... Participante nº 4.

[A família] reagiu bem, me aceitou legal, de braços abertos. Participante nº 10.

A presença do vínculo familiar também favoreceu recuperações espontâneas (sem tratamento), em que os participantes relataram abstinência ou retorno a níveis moderados de consumo, em função da pressão das companheiras ou simplesmente ao iniciarem uma nova união:

É que deu uma estacionada, né? Eu diminuí um pouco. Que foi que a mulher me fez a proposta, ou tu prefere eu ou a bebida. E ela já tava grávida, né? Ai eu... não, eu não vou perder a mulher. Então diminuí a bebida. Participante nº 4.

Eu, logo que me juntei com ela, fiquei uns 3 anos sem beber nada. Sem fumar, sem nada. Participante nº 12.

Outra forma de apoio familiar referida foi o acolhimento pós-internação, ou quando o paciente encontrava-se em situações de carência, em que os familiares ofereceram moradia e proporcionaram condições de reinserção familiar:

A minha filha me pediu pra voltar pra casa. (...) Aí meu filho disse 'pai, vou reformar essa pecinha, o senhor vem aí pra essa pecinha, já que o senhor não gosta lá na tia.' Que lá na tia, com o meu irmão eu não me acerto mesmo. Participante nº 6.

Mas meu irmão achava melhor eu... que era muito cedo pra eu começar a trabalhar. Daí ele trabalhava, e a esposa dele trabalha na rodoviária e é professora de noite... aí eu de manhã, eu lavava uma roupa, assim, eu tava que nem uma doméstica. Aí as crianças chegavam do colégio, eu já tinha botado almoço tudo prontinho na mesa... eu me sentia numa família, assim. Participante nº 8.

O apoio familiar assim referido apresenta pelo menos três dimensões: 1) emocional, com a percepção de solidariedade e incentivo; 2) social, com o estabelecimento de vínculos e de relações de comprometimento com outras pessoas; e 3) material, com o amparo em situações de necessidade. Estudos sobre suporte social de alcoolistas utilizaram instrumentos que avaliaram dimensões semelhantes, verificando que o suporte social é fator importante para a recuperação (Garmendia e cols, 2008; Carballo e cols., 2007), já tendo sido apontado como o fator de maior importância para a decisão de parar de beber, tanto para sujeitos tratados como para aqueles com recuperação sem tratamento (Gómez & Acuña, 2007).

Como se verifica ao longo da análise de várias categorias, os familiares e os profissionais de saúde são os principais atores das redes sociais destes participantes, de modo que o suporte social destes indivíduos é provido basicamente pelo apoio familiar. Outros estudos que abordaram a experiência de recuperação/abstinência segundo dependentes de múltiplas drogas (incluindo álcool) também evidenciam que estes referem a constância ou o resgate do apoio familiar como fator associado à recuperação (Rigotto & Gomez, 2002).

Além deste suporte, ter uma ocupação gratificante **(3.4.2)** foi outro fator favorável no contexto de recuperação, relatado por sete respondentes. Um deles referiu-se a quaisquer atividades domésticas agradáveis e úteis, que colaborassem com a manutenção da casa da família e preenchessem seu tempo; outro referiu-se à ocupação com as atividades no Caps; e os demais, ao trabalho remunerado. A relevância

do trabalho já foi mencionada anteriormente nesta análise, sendo que o que esta subcategoria acrescenta são os modos como o trabalho (ou a ocupação de modo geral) participa do contexto de recuperação:

(...) e fui convidado pra trabalhar numa chácara lá. Daí eu recebia um salário e recebia a comida, né, também. Daí pra mim tava bem, eu tava tranqüilo, né, tava recebendo pra mim e ganhava comida, daí todos mês sobrava um dinheiro, né?

- E nessa época o problema com a bebida tava aliviado?

- Tava aliviado. Eu acho que um pouco pra mim é a falta de um trabalho que eu gostaria de fazer, né? Uma coisa assim que desse pra mim trabalhar, pra esquecer um pouco o álcool, né? (...) [Estava bebendo] sem exagerar. Pra ti ver como tendo ocupação, tando ocupado com alguma coisa, não se lembra muito do problema com álcool. Participante nº 2.

Tava trabalhando, arrumei um serviço bom. E fui parando por conta. E aí parei. Parei e fiquei tranqüilo. Participante nº 10.

- Então, por algum tempo, o senhor consegue beber controlado?

- Por um tempo sim. É que eu passava o dia inteiro no Caps.

- E se não passasse o dia no Caps, se passasse o dia em casa?

- Ai eu tava bebendo. Participante nº 11

Estes exemplos são reveladores não apenas sobre a ocupação, mas também sobre a realização de tratamento. No primeiro caso (nº2), já destacado anteriormente, o paciente relata o único período em que refere melhora significativa da ansiedade crônica e da compulsão por beber, sem que estivesse em acompanhamento no Caps ou grupo de ajuda. O nº 10, neste trecho, refere-se ao seu período mais prolongado de abstinência, que ocorreu por sua própria iniciativa, antes de qualquer tratamento (embora já constatada a dependência de álcool) e iniciado a partir do momento em que ele obteve um emprego gratificante. Já no último exemplo, há o caso de um usuário do Caps que conta com o serviço basicamente como um lugar de proteção, em que, sob a tutela dos profissionais, consegue evitar beber durante parte do dia.

Nestas entrevistas, verifica-se que a ocupação pode contribuir positivamente de várias maneiras, desde o simples preenchimento do tempo, diminuindo as situações de ócio e a exposição a estímulos ao beber; até a recuperação em sentido mais amplo, em que a renda e a gratificação subjetiva com o trabalho propiciam ao sujeito uma nova perspectiva da vida, com engajamento em um modo de vida mais saudável e a possibilidade de um outro tipo de inserção social. A renda que surge com o retorno ao trabalho pode amenizar condições socioeconômicas precárias, que têm sido apontadas como fator de recaída e maior dificuldade de recuperação (Oliveira Jr. & Malbergier, 2003, Ortiz-Hernandez *et al.*, 2007, Mulia *et al.*, 2008).

A via da reinserção social também parece ser a melhor explicação para outro fator apontado pelos sujeitos como parte de seu contexto de recuperação: a religião (3.4.3), mencionada por cinco participantes. Um deles referiu-se especificamente à prática solitária da oração, à qual recorreu em alguns momentos para aliviar a ansiedade:

Quando eu tava na ansiedade de beber, abria minha bíblia, rezava, pedindo pra me tirar isso, fechava a bíblia... passava. Participante nº 13.

Na literatura, faz-se distinção entre ao menos duas dimensões da religião, para fins de pesquisa sobre dependentes de drogas: espiritualidade e religiosidade. O exemplo acima alude à primeira, constituindo uma experiência altamente subjetiva, que tem a ver com a relação do sujeito com a transcendência e com suas reflexões pessoais acerca do sentido da existência. Já a religiosidade corresponde aos comportamentos e interações sociais específicos de um sistema de práticas e crenças que é partilhado por um grupo (Laudet, Morgen & White, 2006).

Para os demais respondentes, a religião foi importante em sua dimensão social. A participação em comunidade religiosa propiciou o estabelecimento de vínculos suportivos e o engajamento em novos estilos de vida, ou, recorrendo novamente aos termos de White (2009), a inserção em uma *cultura de recuperação*:

Eu tenho trabalhado, tenho... ido na igreja, como te falei, né? Ta sendo uma vida normal (...) eu arrumei uma namorada, da igreja... (...) Eu acho que Jesus cristo ta adiantando, né, cara? Ta adiantando mesmo, e olha, colocou felicidade no meu coração, paz de espírito, que eu

não tinha. (...) Minha fé que eu posso mudar de vida e que eu to mudando de vida, né? Participante nº 9.

(...) aí resolvi que ia dar um basta nisso e daí me tornei monge budista, fiquei um ano como monge, num templo. Participante nº 3.

- Tu falou do incentivo dos amigos, também...

- Sim, os amigos... lá da religião.

- O que eles fazem?

- Me davam apoio, conselho que não era pra voltar a beber... Participante nº 4.

Semelhante à questão do trabalho, vários estudos apontam a religião como fator associado a melhores prognósticos ou a menores riscos de desenvolvimento de alcoolismo e de recaída entre alcoolistas (Ghandour, Karam & Maalouf, 2009; Filizola *et al.*, 2008; Barros *et al.*, 2007, Simão *et al.*, 2002,). O que se verifica nestas entrevistas é coerente com os resultados de outros estudos qualitativos, que explicam este efeito benéfico da prática religiosa através da inserção em grupo acolhedor e promotor de oportunidades de reestruturação da vida (Sanchez & Nappo, 2008).

O outro fator referido como integrante dos contextos de recuperação foi a convivência com quem pessoas que não bebem (3.4.4). Embora esteja implicitamente incluído como um dos benefícios da participação em comunidade religiosa, foi codificado separadamente porque os três participantes que o referiram explicitamente o fizeram sem relacioná-lo ao contexto religioso. Além disso, o convívio com pessoas que não bebem (ou bebem pouco) foi relatado não apenas como favorável, mas também em detrimento da companhia de pessoas que bebem:

Fiz amizades que não bebiam... Mudei a... Separei o lado ruim do lado bom. Eu separei. Passei a frequentar esse lado aqui, dos que não bebiam. Participante nº 4.

Pode-se sintetizar, portanto, a interpretação das respostas sobre os contextos de recuperação em duas características principais: a manutenção ou o estabelecimento de novos vínculos suportivos e a oportunidade de reinserção social.

A subcategoria de contextos de recuperação descreve aspectos do campo de possibilidades onde o sujeito age (Velho, 1999, 2001). Os

códigos referentes à ação individual do sujeito foram agrupados na subcategoria **3.5. Estratégias de recuperação adotadas**. O repertório de estratégias relatadas pelos respondentes foi bastante curto, sendo sintetizado em apenas dois códigos: evitação e enfrentamento de estímulos ao consumo (**3.5.1**) e uso de medicamentos, para substituir o álcool ou como pretexto para recusar bebida (**3.5.2**).

Em relação aos estímulos externos ao consumo, apenas um participante relatou enfrentamento, com retomada de divertimentos que anteriormente envolviam o consumo de álcool. Três entrevistados relataram o enfrentamento de estímulos endógenos, ou seja, um esforço voluntário para suportar sozinho sintomas de abstinência e impulsos de beber. A principal estratégia, relatada por seis pessoas, foi o isolamento – permanecer mais tempo em casa e abandonar hábitos e atividades associadas ao consumo, como exemplificado abaixo:

Não, parei tudo. Porque me leva mais a... onde tem esses esportes, essas coisas, sempre tem bebida, né? Então eu já evito de ir. Participante nº 2.

Ah, eu evito, nem de casa não saio. Fico em casa, vou me entretendo por ali...mas não gosto... Participante nº 7.

Recorrer a estratégias de evitação é coerente com o que foi apontado na categoria de experiências de tratamento, em relação à valorização da internação enquanto modalidade de tratamento que proporciona isolamento de estímulos ao consumo. Este tipo de estratégia é a base de propostas terapêuticas que enfatizam a prevenção de recaída (Marlatt, 1993), e encontra várias referências na literatura que lhe garantem suporte, principalmente os estudos que apontam os estímulos ambientais ao consumo como reforçadores do comportamento aditivo (Samson, 2000; Weerts, Goodwin, Kaminski & Hienz, 2006) ou como motivo de recaídas (Alvarez, 2007).

No entanto, verifica-se que, ao menos para estes pacientes, a simples evitação, mediante isolamento e abandono de atividades outrora gratificantes, pode levar a um modo de vida bastante restrito, que provavelmente será mantido à custa de algum sofrimento e por pouco tempo, sendo pouco eficaz a longo prazo. Isto porque isolamento social e falta de sentido nas atividades que realiza são contextos produtores de ansiedade, medo, insegurança e outras experiências psíquicas que estão na base do apelo ao álcool como forma de aliviar incômodos e sintomas psicofísicos, mantendo o sujeito no círculo vicioso da dependência.

Relacionando com os relatos da subcategoria anterior, o que parece funcionar melhor no caso destes entrevistados não é a atitude de evitação em si, mas o estabelecimento de vínculos e atividades que, por promoverem outro modo de vida para o sujeito, contribuem para o afastamento não apenas de estímulos específicos (passar na frente o bar, contato com amigo que bebe, etc.), mas da cultura de adição de modo geral.

A outra estratégia referida é o uso de medicamentos, mencionada por seis participantes. Medicamentos que amenizavam sintomas de ansiedade contribuíram para diminuir a vontade de beber e tornar a abstinência mais tolerável, porém quatro pacientes relataram sentir necessidade de tomar os remédios, desenvolvendo com estas substâncias uma relação que apresenta ao menos o aspecto psicológico de uma dependência. Um paciente relatou uso abusivo e outro apresentou uma síndrome de dependência propriamente dita, em que houve inclusive necessidade de internação para desintoxicação e retirada de benzodiazepínico.

- É muito difícil pra ti ficar sem beber?

- Não, não é, cara. Tomando medicação não é. Mas tem que tomar medicação, se eu não tomar medicação, eu fico, bah, eu fico até pinel, né? (...) Fico elétrico, com tremores, entendeu? Então eu tenho que tomar medicação. Eu escolho, é ou a medicação ou álcool. Participante nº 5.

- Foi muito difícil [ficar sem beber]?

- Foi. Me sentia tri mal.

- Mal como?

- Mal-estar. Ansiedade. Não dormia. Passava só debaixo de diazepam, chegava a tomar aqueles de 10 mg, tomava de dois comprimido. Participante nº 10.

Em três casos, o remédio foi utilizado como complemento da estratégia de evitação, pois o fato de estar usando medicação era apresentado como pretexto para não beber quando os amigos ofereciam bebida:

Eu disse 'eu não vou tomar'. 'Não, mas é teu aniversário...'. 'Não, mas eu to tomando remédio, se eu tomar isso aí, os remédios vai perder o efeito, ou pode

acontecer outras besteiras. Então não vou tomar.
Participante nº 6.

'Ah, vamos ali jogar uma bochinha, vamos ali...'. Eu digo, 'não, não vou, que eu to tomando remédio, to em tratamento.' Participante nº 12.

Estes pacientes não utilizaram medicamentos mais específicos para casos de alcoolismo, como acamprosato e naltrexona, pois estes não estão disponíveis no hospital. O medicamento mais utilizado é o diazepam, principalmente para diminuição da ansiedade; outros fármacos são utilizados no mesmo sentido, para amenizar outros sintomas psiquiátricos que acarretam sofrimento e/ou dificultam a manutenção de abstinência.

Finalmente, observa-se que os benefícios, as estratégias e os contextos de recuperação, em alguns casos, se sobrepõem, o que dificulta apontar relações causais entre estes ou sequer ordená-los cronologicamente. Por exemplo, o restabelecimento de vínculos familiares ora aparece como benefício decorrente da recuperação, ora como fator que favorece a recuperação; o mesmo pode ser considerado no que toca ao trabalho. Ou ainda, o conflito familiar pode aparecer como desencadeante do alcoolismo, como consequência do alcoolismo e como motivo para voltar a beber, como será discutido na próxima categoria.

A esta altura da análise, portanto, já se impõe a necessidade de pensar o fenômeno do alcoolismo como produto de complexa interação de fatores, bem como pensar a saúde destes sujeitos em termos relativos, a partir de um conceito de saúde que enfatize seu caráter multideterminado e processual, e não a identifique com um estado estático ou uma norma (Gonzalez Rey, 1997).

Categoria 4 – Processo de recaída

Como já foi discutido, o uso dos termos “recuperação” e “recaída” torna-se complicado em função da tendência dos alcoolistas em tratamento de tomá-los como sinônimos de “abstinência” e de “violação da abstinência”, respectivamente. Na literatura, também a descrição do retorno ao consumo tem poucas nuances, sendo que no máximo se distingue o lapso (quebra da abstinência) da recaída propriamente dita (Silva & Serra, 2004). No intuito de detalhar melhor o fenômeno da recaída, nas entrevistas, perguntas adicionais foram

feitas para obter esclarecimentos sobre períodos de uso moderado e para distinguir o reinício do consumo em doses baixas e o retorno a níveis abusivos. Assim, esta categoria distingue, em suas subdivisões, o momento de reinício do consumo após período de abstinência e o processo de retomada do abuso de álcool.

Ficou evidente nos relatos dos pacientes que a recaída não é um processo automático e idêntico em todos os casos e em todas as vezes em que ocorre. Foram referidos retornos imediatos ao nível de consumo característico da dependência, já a partir do primeiro episódio de consumo (o “primeiro gole”), como também o aumento gradual do consumo ao longo do tempo até o retorno ao abuso, e ainda períodos de uso moderado. Como já apontado nesta análise, os pacientes valorizam a abstinência como indicador (ou como sinônimo) de recuperação, de modo que, via de regra, a quebra da abstinência é um momento crítico, tomado pelos pacientes como o ponto inicial da organização da experiência de recaída.

Esta noção de *organização da experiência* remete à obra de Schutz (1979), que coloca que o sujeito vive em um fluxo contínuo de acontecimentos e que, a fim de conseguir nomear, avaliar e reagir aos acontecimentos, precisa estabelecer marcos para segmentar este fluxo. Ou seja, a organização da experiência começa pela delimitação, dentro de um fluxo contínuo de eventos de vida, de um marco de tempo e de um determinado conjunto de eventos que o sujeito destaca e classifica como uma experiência específica. No caso destes pacientes, a quebra da abstinência é um momento crucial para caracterizar a experiência de recaída, porém não corresponde à totalidade da experiência.

A experiência de recaída, do modo como relatada pelos entrevistados, envolve as motivações para reiniciar o consumo e as conseqüências deste ato, em termos de reações que ele suscita no indivíduo e em termos de continuidade do consumo. Para ser melhor compreendido, o fenômeno da recaída precisa ser encarado como um processo mais complexo do que apenas o sucumbir de um indivíduo à sua compulsão patológica até então controlada. A quebra da abstinência é relatada como um ato voluntário, resultante de certas circunstâncias e motivações; e seu resultado não é automaticamente a volta à dependência, mas o início de um percurso de aumento ou manutenção de consumo que irá variar em função do contexto de vida do sujeito no momento e das reações físicas e psicológicas que ele experimentar ao reiniciar o consumo.

Assim, a compreensão da recaída pode ser favorecida pela utilização de um conceito de **processo de recaída**, que contemple o curso dinâmico do fenômeno, das motivações para o consumo até as circunstâncias de retorno à dependência, propriedades descritas nas subcategorias a seguir. A **subcategoria 4.1. Motivos para voltar ao consumo**, abrange os relatos dos pacientes sobre o que os levou a experimentar beber novamente após período de abstinência. Cinco pacientes afirmaram que voltaram a beber porque sentiam fortes impulsos ou desejo intenso de beber (**4.1.1**):

Tu tem que [beber], tu tem que, tu tem que, não adianta. É maior que tu. É horrível. Participante nº 13.

Tem vezes assim, dá uma fissura, um pânico, que se o cara não beber, parece que vai morrer. Participante nº 8.

A intensa ansiedade relatada como motivo para voltar a beber ajuda a explicar a relação que os participantes estabelecem com os medicamentos, que em certa medida acabam substituindo o álcool. Ansiedade e desejo/necessidade de beber por vezes aparecem separados em estudos sobre fatores de recaída, pois é comum tais estudos coletarem dados através de questionários padronizados que trazem essa distinção (Alvarez, 2007; Zywak & cols., 2006). De qualquer forma, tanto a necessidade de beber como a ansiedade constituem importantes fatores de recaída (Alvarez, 2007) e sua associação precisa ser melhor estudada.

Os exemplos acima ilustram situações de fissura, ou *craving*, em cuja descrição os entrevistados não referiam qualquer estímulo externo desencadeante. Recordando os relatos sobre a dificuldade de manter uso moderado e a necessidade de medicação ansiolítica, pode-se concluir que estes sujeitos convivem com certo grau de ansiedade constantemente. Sintomas de ansiedade e transtornos de ansiedade comórbidos com alcoolismo têm sido associados a maiores riscos de recaída, recomendando-se até a investigação diagnóstica de sintomas de ansiedade em pacientes alcoolistas (Kushner, Abrams, Thuras, Hanson, Brekke & Sletten, 2005). Também há estudos que correlacionam *craving* ao aumento de níveis de ansiedade (Fox, Bergquist, Hong & Sinha, 2007).

A fissura também pode ser desencadeada por estímulos ambientais, como indicado em estudos que investigam as reações de alcoolistas aos estímulos ao consumo (Fox e cols, 2007). No presente

estudo, optou-se por codificar separadamente o retorno ao consumo motivado por fissura e aquele motivado por estímulos externos (4.1.2), pois nestes casos não havia necessariamente o desencadeamento de fissura, mas sim, situações propícias ao consumo. Os relatos que foram codificados dessa forma aproximam-se mais do que na literatura costuma ser classificado como “pressão social”, o que também é apontado como um conjunto de situações e estímulos que os alcoolistas referem como motivos para recaída (Alvarez, 2007):

Nós plantemo (...) em súa com esse outro vizinho, que pra mim, quando ele veio conversar comigo ele parecia assim uma pessoa ótima. Só que ele bebia também, foi aí que eu comecei a beber de novo. Participante nº 1.

Venho aqui pro lado de Santa Maria, Camobi, por aqui... enxergo uma lancheria... digo, ‘ (...) Vou tomar cerveja, o que eu vou fazer aqui sem tomar cerveja? Aí compro uma cerveja de latinha e tomo. Participante nº 7.

(...) aí peguei numa madeireira, ia pro mato com eles, buscar madeira, cortar madeira. E aonde eles levavam cachaça, onde começou tudo de novo. Participante nº 11.

Várias vezes os estímulos externos ao consumo foram referidos juntamente com a expectativa de voltar a beber mantendo o controle (4.1.3):

Eu tomo um gole, é como lhe contei, sento no cachorrão [lanchonete] e não acho graça nenhuma. Mas o que que eu vou ficar sentado aqui? Tomar uma cerveja, não vai me fazer mal. Eu tomo, depois eu paro, tomo uma, um gole não faz mal. Participante nº 7.

Eu achava que conseguiria ser uma pessoa... não digo de beber social... mas seria por aí... beber numa festa... Participante nº 5.

A expectativa de manter o controle também já foi indicada como fator de recaída em outros estudos (Alvarez, 2007), embora sem a mesma importância dos estímulos ambientais. Os dois trechos da entrevista com o participante nº 7 apresentados acima ilustram uma relação possível entre os dois fatores de recaída, qual seja, a expectativa de controle servir como uma espécie de racionalização, em que o sujeito

justifica para si mesmo a decisão de beber diante de estímulos ao consumo. Isto pode ser interpretado como um exemplo dos processos cognitivos disfuncionais que levam o sujeito a voltar a beber, dos quais as terapias cognitivas buscam conscientizar o sujeito a fim de que ele os evite (Silva & Serra, 2004).

O único motivo para voltar a beber que surgiu nestas entrevistas e que guarda certa discrepância com a literatura é o abandono de tratamento (4.1.4). Como já discutido na revisão de literatura, há vários estudos que investigam os fatores de adesão a tratamento e modalidades terapêuticas que enfatizam a promoção desta adesão, considerando-a importante fator de recuperação (bem como considerando sua carência como um fator de recaída). No entanto, apenas um dos pacientes referiu ter voltado a beber em função do abandono do tratamento, no caso, do acompanhamento no Caps.

Isto não indica que a adesão a tratamento não seja relevante nos casos destes entrevistados – até porque eles explicitam a importância que atribuem à realização de tratamento e ao vínculo com os profissionais e serviços de saúde. Porém, considerando que os pacientes relatam vários fatores de recuperação e de recaída que nada têm a ver com a manutenção de tratamento, levanta-se o questionamento de que a adesão a tratamento pode representar mais uma decorrência de outros fatores favoráveis à recuperação do que, por si só, constituir um fator de recuperação. Ou, inversamente, a não-adesão pode ser decorrente de outros fatores desfavoráveis, e não um fator de recaída por si só.

Estes são os motivos para reiniciar o consumo após abstinência, não necessariamente para a recaída propriamente dita. O percurso de aumento do consumo até o retorno aos níveis abusivos e ao recrudescimento da síndrome de dependência está descrito na **subcategoria 4.2. Fatores de retorno e manutenção do abuso**. Uma vez reiniciado o consumo, vários pacientes referiram mantê-lo e aumentá-lo, gradual ou abruptamente, de modo que logo passaram a sofrer novamente com sintomas de abstinência, ao tentarem cessar novamente. Assim, um dos fatores para manter e elevar o consumo foi a necessidade de amenizar os sintomas de abstinência (4.2.1), relatado por seis participantes e exemplificado a seguir:

Mas por exemplo, se eu tomar um porre, assim, num dia, e daí no outro dia eu não tenho cachaça pra tomar, aí começa a me dar esse delírio, essas coisas... Participante nº 8.

Continuar bebendo para evitar os sintomas de abstinência é um mecanismo típico da dependência, e isto configura um fator apenas de manutenção do abuso, depois que o nível elevado de consumo já foi restituído por outros fatores. Porém, alguns pacientes também relataram padecer de algum tipo de mal-estar já no primeiro episódio de consumo após período de abstinência; paradoxalmente, dois deles também relataram continuar bebendo nestas situações, esperando melhora, como ilustrado abaixo:

Mas eu, eu tomo... comparação, eu tive 3 meses sem tomar. Eu tomo uma latinha de cerveja, eu já me sinto ruim, mal... me sinto uma coisa tão ruim. (...) E já começo a tomar mais pra ver se melhora. Participante nº 7

De modo semelhante, outros ainda relataram retomada imediata do abuso, em que, já no momento em que reiniciaram o consumo, não pensavam mais em parar e retomaram comportamentos de busca pela substância:

Quero tomar mais [depois que recomeça]. Eu não penso em parar, aí eu penso em tomar mais. Por exemplo, tá terminando essa aqui, vejo que só tem aquele restinho. Eu já pego essa aqui, já boto no bolso e vou procurar outra. Participante nº 6.

Já conflitos entre familiares ou perda de familiares **(4.2.2)** foram referidos como um fator que levou ao retorno aos níveis abusivos de consumo. A influência dos conflitos e perdas familiares na piora de alcoolistas tratados foi constatada em outros estudos (Alvarez, 2007), porém com a ressalva de que estes estudos enfocam a ocorrência de recaída, enquanto que esta categoria refere-se à retomada do abuso – fenômenos que nem sempre são coincidentes em suas definições. No que concerne especificamente às maneiras como o conflito familiar contribuiu, foram referidos tanto o abuso como forma de buscar alívio de tensões ou extravasar raiva, como também (em um caso) o deliberado aumento do consumo como forma de agredir a companheira:

Eu comecei a beber de novo só porque eu discuti com a minha filha, eu nunca tinha discutido com a minha filha. Eu não gostei numa coisa que ela fez. (...) Tinha um troco, aí me atirei na bebida (...) Me deu aquele ódio, aquela raiva... Participante nº 6.

Ela disse que ia sair se... ela disse que ia sair se eu voltasse a beber, aí eu voltei a beber mesmo. Participante nº 3.

Como já sinalizado anteriormente, isto reforça a constatação de que, no jogo de determinantes das vicissitudes do alcoolismo, o conflito familiar e o aumento do consumo podem influenciar-se mutuamente. É razoável supor que o percurso do episódio de consumo até o recrudescimento da síndrome de dependência, no que diz respeito à associação com o conflito familiar, possa ser descrito de forma semelhante a esta: um episódio de consumo suscita reações ou sentimentos negativos na família, gerando atritos em casa, o que mobiliza sentimentos de ansiedade/raiva/tristeza no paciente, levando ao aumento do consumo, o que confirma a desconfiança dos familiares, e assim o consumo e os conflitos podem ir agravando-se (e justificando-se) reciprocamente. Em estudo de caso de Santos e Ferreira (2007), encontra-se uma descrição mais detalhada deste processo.

Outra maneira de questões familiares constituírem fator de retorno ao abuso foi a ocorrência de perdas familiares. Separações conjugais e morte de entes queridos foram referidas como momentos de intenso sofrimento, levando-os a beber mais intensamente:

A minha separação me judiou muito. (...) Depois da separação que eu me atirei de novo. Participante nº 12.

[Vinha bebendo] só por diversão. E era mais no fim de semana, assim. Mas daí depois que me deu essa, essa tragédia [morte da esposa], aí sim, aí que eu comecei com um fogo atrás do outro. Participante nº 4.

Vamos dizer assim, que a coisa desandou muito mais ainda quando eu perdi minha mãe, né? (...) Participante nº 8.

Buscar alívio para o sofrimento através do efeito do álcool é uma tendência referida pelos participantes, portanto é esperado que em situações como essas, seja esta sua reação. Pode-se ir um pouco além e inferir que tais experiências de perda, por configurarem rupturas na vida destes sujeitos, a um só tempo eliminam fontes importantes de suporte social e desfazem expectativas e planos para o futuro, comprometendo um processo de recuperação que vinha sendo construído (ou no mínimo

agravando um problema que se mantinha atenuado em seus danos). Laudet e cols. (2006) oferecem uma breve revisão de estudos sobre as várias maneiras pelas quais o suporte social influencia a trajetória de alcoolistas e usuários de outras drogas, incluindo a carência de suporte como preditor de recaídas.

O terceiro fator que pôde ser depreendido das falas dos pacientes foi a precariedade ocupacional ou a falta de ocupação **(4.2.3)**, aludida também por seis respondentes:

Bebia no começo pouco, mas depois começou já, todos os dias quase, né? Porque eu tava parado, tava recebendo seguro-desemprego, eu tinha crédito, se quisesse beber, ia lá, comprava, tal dia te pago. Participante nº 1.

Não tinha nada pra fazer, sozinho em casa. A mulher trabalhando, a filha trabalhando. E eu sozinho em casa. Ai ia beber. Participante nº 11

Essas afirmações são esperadas, pois a desocupação como fator de retorno ao abuso é o reverso da afirmação da ocupação gratificante como fator de recuperação. O tempo ocioso pode favorecer a exposição do sujeito a estímulos ao consumo, e as conseqüências sociais e financeiras (relação de dependência com familiares, falta de renda própria, restrição das perspectivas de futuro) podem dificultar-lhe a transposição de sua cultura de adição. Note-se que alguns participantes referiram a solidão juntamente com a desocupação enquanto fator de recaída, o que é mais um indicador acerca da relevância do suporte social.

Os participantes também descreveram suas **reações à retomada do consumo (subcategoria 4.3)**. Novamente, ressalta-se que a retomada do consumo neste caso refere-se ao primeiro episódio de beber após período de abstinência, seja ele uma experimentação, com doses baixas, ou uma bebedeira que inaugura um abrupto retorno ao abuso – ou seja, pode ou não corresponder a uma recaída.

As reações físicas relatadas **(4.3.1)**, como já adiantado anteriormente, são náuseas e vagas descrições de mal-estar, no momento em que se reinicia o consumo. Apenas um dos participantes relatou episódio em que o reinício do consumo foi agradável, sendo que este mesmo referiu mal-estar em outras situações semelhantes. Quando o primeiro episódio foi uma bebedeira, as reações desagradáveis sobrevieram no dia seguinte, como numa espécie de ressaca prolongada:

Três dias vomitando e de cama. E dias assim, que tu... parece que vai morrer. Que... não cabe nada, tu bota água na boca, a água volta, é três dias sem engolir nada. Participante nº 13.

Em episódios de consumo de pequenas doses, os pacientes relataram mal-estar imediato:

Aí mal e mal belisquei e me deu ânsia de vômito. Vomitei. Só no provar. Acho que por causa do cheiro. E não tava tomando remédio nem nada. Participante nº 4.

Como também já foi discutido, o mal-estar experimentado não serviu para desestimular o aumento do consumo; no máximo, poderia se especular que contribuiu para retardar o aumento do consumo, que talvez ocorresse mais rapidamente se o reinício do consumo fosse prazeroso ou não-desagradável. Contudo, há que se considerar que: 1) os fatores a que os pacientes atribuíram o reinício do consumo pouco ou nada têm a ver com expectativa de efeitos agradáveis do álcool; e 2) continuar bebendo foi uma estratégia adotada não apenas para evitar sintomas de abstinência, mas até mesmo para aplacar o mal-estar do primeiro episódio de consumo com dose baixa.

Quanto às reações psicológicas (4.3.2), sete participantes relataram uma variedade de sentimentos negativos, principalmente de tipo depressivo (culpa, tristeza, desânimo, frustração e vergonha). Também foram mencionadas reações de desespero e de perplexidade, em que o paciente indagava-se o porquê de tamanha recorrência de recaídas. Seguem alguns exemplos:

Tu não tem ânimo pra nada. Entendeu? Eu me sinto uma pessoa praticamente inútil. Participante nº 5.

No outro dia é uma culpa, né? Eu entro em depressão. Eu não quero enxergar ninguém, não quero conversar com ninguém, só quero ficar deitado. Participante nº 1.

Eu me sentia mal, né, cara? Me sentia com vergonha. Até daqui, da própria unidade, que eu vinha internar de novo aqui. Participante nº 9.

As reações psicológicas relatadas pelos pacientes são semelhantes aos sentimentos característicos do efeito de violação da abstinência (Silva & Serra, 2004), que é apontado como fenômeno que alimenta os ciclos de abstinência-quebra da abstinência-retorno ao abuso. Embora os sentimentos negativos suscitados pela violação da abstinência não tenham sido explicitamente relatados como fator de agravamento do consumo, há que se ter em mente que a maior parte dos pacientes referiu dificuldades de manter uso moderado e tendência a retomar o abuso pouco depois de reiniciar o consumo. Além disso, há indicação na literatura acerca da associação destes sentimentos negativos à recaída no alcoolismo (Zywiak & cols., 2006), sendo portanto precipitado descartá-los como fator relevante na trajetória destes sujeitos, apesar de cujo papel não tenha ficado explícito no conteúdo das entrevistas.

Além de reações físicas e psicológicas, cinco pacientes também referiram atitudes que tomam para tentar controlar o problema quando voltam a beber demais (4.3.3). Quatro deles afirmaram que, ao constatar retorno a níveis de abuso, procuram ajuda no hospital. Um paciente relatou que, no dia seguinte ao episódio de bebedeira, procura enfrentar seus sentimentos de culpa e sua tendência à prostração (participante nº 1, ver outro trecho dessa entrevista acima):

Tento... pensar coisas boas, né? Não, o que que eu to fazendo? Hã... vou me levantar. Vou tomar um banho pra melhorar. Vou comer um pouco pra ver se melhoro. Vou tomar um mate. Ou... sei lá, vamos abrir a casa, sair, saltar pra fora, nem que fique quieto, sentado lá fora.

Apenas quatro pacientes explicitaram a busca de ajuda no hospital quando há recaída, porém, tendo em mente a frequência com que o hospital foi mencionado como o lugar onde prioritária ou exclusivamente se procura ajuda, é provável que mais participantes façam o mesmo.

Categoria 5 – Reorganização moral da identidade como alcoollista

Esta categoria inclui as considerações que os participantes apresentaram acerca de aspectos constituintes de sua identidade, permitindo descrever sua percepção sobre as próprias qualidades e sobre como ele é visto por outras pessoas, bem como compreender alguns aspectos da reorganização da identidade que fizeram ao longo de sua

trajetória em função do alcoolismo. A categoria descreve propriedades do que pode ser entendido como um processo de **reorganização moral da identidade como alcoolista**: a percepção do olhar do outro, que passa a ter o crivo do alcoolismo para avaliar o indivíduo; o resgate de qualidades morais para contrapor ao aspecto degradante do diagnóstico; e a assunção do papel de doente em contraponto ao papel de pessoa com um defeito de caráter. Esta noção pode ter utilidade conceitual para descrever a reorganização de identidade, em seu aspecto moral, que o sujeito precisa fazer a partir do momento em que assume o papel de alcoolista.

Todos os pacientes, à exceção de um, fizeram **afirmações de suas próprias qualidades (subcategoria 5.1)**. A maioria (nove) destacou suas virtudes morais (**5.1.1**), como nos exemplos a seguir:

Ele [patrão] vende gado lá fora, na balança lá, eu tiro o peso do gado dele, o cara me paga, eu ligo pra ele. Ele vai buscar o dinheiro. Se eu não fosse um cara de confiança, como é que ele ia deixar eu vender uma rês?
Participante nº 12

...como é que fica o coração dum pai, porque eu sou pai deles, eu criei eles até agora (...) Mesmo com todos esses problemas de alcoolismo e coisa. Participante nº1.

Eu sou... sou quieto. (...) Quietos pra não incomodar, pra não se incomodar, como eu vejo por aí... é melhor ficar quieto. E tento respeitar. Participante nº 7.

Não faço maldade pra ninguém. Não pego nada de ninguém. Só sou bêbado. Participante nº 10.

Os primeiros dois exemplos afirmam virtudes morais associadas ao desempenho de determinado papel considerado dignificante, no caso, o empregado confiável e o pai presente, a despeito do alcoolismo. Os dois outros trechos exemplificam qualidades relativas à passividade do sujeito, reivindicando como virtude o fato de não incomodar ou não fazer maldades; a última frase (“só sou bêbado”) permite inferir que esta passividade pode ser considerada uma virtude por meio de uma racionalização de que poderia ser pior. De fato, outras pessoas frequentemente percebem o alcoolista como uma pessoa agressiva (Peluso & Blay, 2008); se o próprio paciente também partilha desta

percepção, é compreensível que ele afirme como virtude o fato de “não incomodar” apesar de seu problema.

Raciocínio semelhante pode ser aplicado à interpretação das afirmações dos pacientes acerca de seu caráter trabalhador (5.1.2), em que alguns pacientes destacaram o esforço por manter a disposição para o trabalho mesmo em momentos de abuso de álcool:

O senhor me dá a casa pra fazer, eu faço, deixo prontinho, eu faço e o senhor gosta do serviço. O pessoal gosta. Participante nº 4.

Sentado, eu fiz a ferragem. Pra levantar, não posso. Se eu ficar de pé aqui, vamos supor, 5 minutos, as minhas pernas começam a tremer. Eu não tenho condições. Eu fiz a ferragem, sentado. Tanto as colunas quanto as vigas, todinha. Participante nº 6.

Trabalhando, sempre trabalhando, só de carteira assinada, tenho 23 anos de carteira assinada. (...) Eu trabalhava, assim, sempre trabalhei. Podia... se eu tomar um fogo agora, hoje, amanhã de manhã amanhecia bêbado, eu ia pro serviço igual, e trabalhava. Participante nº 12.

Este tipo de asserção poderia ter sido codificado dentro do item anterior, mas optou-se por atribuir-lhe um código diferente a fim de facilitar comparações com outros códigos referentes à questão da ocupação. Verifica-se que o caráter trabalhador é um aspecto positivo relevante na constituição da identidade destes sujeitos, tanto retrospectivamente (a recordação do trabalho constante ao longo da maior parte da vida) quanto atualmente (a capacidade de realizar tarefas úteis dentro de suas limitações físicas).

Três participantes relataram mudanças recentes relativas à própria identidade, que consideram positivas (5.1.3).

Hoje logicamente eu posso te dizer que eu não sou o que poderia ser, né, eu não sou o que deveria ser, mas com certeza eu não sou mais o que eu era. Participante nº 3.

Hoje eu sou uma pessoa que eu posso me considerar uma pessoa feliz. Porque tu lembra o jeito que eu ia falar contigo, de primeiro? Sempre mal, né? Me queixando... hoje eu não tenho onde morar (...) mas eu tenho

esperança de vida, que é uma coisa que eu não tinha mais, né? Participante nº 9.

Como se vê, há momentos de otimismo, em que os pacientes percebem alguma mudança positiva em si mesmos, a qual não significa a solução de seu problema (que permanece bastante grave), porém alimenta uma perspectiva de melhora no futuro.

Finalmente, cabe esclarecer que o código “outras qualidades” (5.1.4) foi colocado para dar conta de uma manifestação que não se enquadrou em outros códigos: um dos pacientes referiu a si mesmo como “um cara inteligente, mas não consigo usar a inteligência.” (participante nº 8).

Outro aspecto identitário, referido por sete participantes, foi sua percepção sobre o modo como é visto pelos outros (**subcategoria 5.2**). Todas as manifestações referiam-se a períodos em que o entrevistado estava em abuso de álcool, ou então a comparações entre períodos de abuso e de abstinência:

Eles [familiares] me acham um sem-vergonha, um vagabundo, que não quero fazer nada.... Participante nº 8

As pessoas me olham como um cara que, que trabalha, como uma pessoa normal, né? Uma pessoa... que antes, era um vagabundo, eu era o ladrão, eu era o bêbado... Participante nº 9.

E.. eu já tenho uma fama, né? De beber... de prevalecido, de bater em mulher... da parte da família dela, né? Participante nº 1.

O problema do alcoolismo torna-se elemento central na percepção que outras pessoas têm destes sujeitos. Além de freqüentemente o alcoolista ser visto como uma pessoa a quem se atribui fraqueza de caráter e potencial de violência, o fato de saber que uma pessoa tem problemas com bebida pode desencadear reações negativas nas pessoas de seu círculo social (Peluso & Blay, 2008). Como indicam estes exemplos, os participantes desta pesquisa sentem-se afetados por esta visão que os outros fazem de si, e as afirmações de qualidades morais e de disposição e competência para o trabalho podem, ao menos em parte, ser explicadas como reativas a esta percepção de outrem.

Mais do que influenciar a percepção de outras pessoas, o alcoolismo passa a ser elemento crucial na organização da identidade

destes sujeitos. Na subcategoria 5.3. Reformulações da identidade em função do problema, foram incluídos códigos que descrevem este processo, desde a assimilação do diagnóstico, a comparação de diferentes modos de beber, até as reflexões em torno da natureza do problema (defeito moral ou doença) e como o sujeito se posiciona em relação a ela.

Acerca do momento de receber o diagnóstico (5.3.1), apenas três pacientes referiram ter assimilado a informação com pronta concordância, tomando-a como uma confirmação de suspeitas que já tinham acerca de terem um problema com o abuso de álcool. Outros seis participantes referiram ter reagido com surpresa ou negação, porque não acreditavam que seu problema fosse grave a tal ponto, ou então porque não sabiam/não acreditavam que a dependência de álcool era uma doença:

Eu até imaginava que eu tinha, né? Não reagi com tanto espanto. Já imaginava que algo tinha, né? Participante nº 13.

Ah, eu ri disso tudo, pra mim isso tudo foi... uma brincadeira. Hã, uma bobagem, achei que... digo então, metade de Santa Maria tem que se internar, entende? (...) Parecia que não era tão grave, embora tudo o que eu já tinha passado. Participante nº 3.

... ele me perguntou se eu sabia, se eu acreditava que alcoolismo era uma doença. Eu disse que não, que não era doença, é só parar de beber que não existe doença nenhuma. Participante nº 8.

Ah, pra mim não foi legal, né, cara, porque eu acreditava que eu não tinha, né, porque pra mim, eu tava vivendo normal, né? Participante nº 9.

Para a maioria, o recebimento do diagnóstico teve um efeito desestabilizador, pois não havia uma ponderação prévia de que o problema com o abuso de álcool pudesse ser considerado uma doença – ou nem mesmo a ponderação de que existia tal problema. Como visto na categoria sobre a experiência de tratamento, os motivos mais frequentes para buscar ajuda foram a pressão de familiares e a preocupação com sintomas de abstinência. Somados aos relatos desta subcategoria, pode-se inferir que, para a maioria destes entrevistados, até o momento do

diagnóstico havia a constatação do abuso por parte de outras pessoas e a constatação de danos à saúde por parte do paciente; porém é no momento do diagnóstico que o paciente se vê obrigado a questionar idéias prévias acerca da transitoriedade do problema (quando quiser, pode parar de beber e melhorar) e passar a contemplar a possibilidade de portar uma doença crônica.

Um dos parâmetros de avaliação do próprio uso de álcool foi a comparação com o beber de outras pessoas **(5.3.2)**, formulada por doze pacientes. Neste ponto, verifica-se que os pacientes dirigem a outras pessoas que bebem muito o mesmo tipo de olhar que percebem que elas lhes dirigem:

Tem esse irmão que eu falo que ele bebe, ele toma bastante. Bebe mesmo. Mas de sábado pra domingo. Na segunda-feira de manhã, ele não incomoda ninguém, segunda-feira de manhã ele vai trabalhar. Agora, tem outro irmão, que é por parte de pai, do segundo casamento, aquele até preso foi, por causa de droga. Bebida e droga. Que ele misturava. Participante nº 4.

E bebe. É alcoólatra. Pior do que eu. Ela bebe e briga. Participante nº 6.

Assim como manter-se trabalhando e não incomodar ninguém foram qualidades que os entrevistados atribuíram a si próprios, também as reconhecem como positivas em outras pessoas que abusam de álcool. No mesmo sentido, assim como reivindicaram como virtude o fato de serem pacatos e não-agressivos, também apontam como atributos negativos em outros alcoolistas o envolvimento em atividades ilícitas e a agressividade. Isso demonstra que os participantes partilham do viés moral com que se encara o problema do alcoolismo, ainda que em alguns momentos sintam-se injustiçados por ele e se defendam, destacando suas virtudes.

Alguns pacientes indicaram outras pessoas na família que também bebem ou bebiam muito e que não tiveram problemas e/ou não foram consideradas doentes. No entanto, estas observações não foram relatadas no sentido de negar ou minimizar a gravidade do próprio problema. Para a maioria dos entrevistados, a comparação serviu como uma confirmação da diferença que existe entre eles e os familiares que bebem moderadamente:

Então a gente fica assim, principalmente final de ano, dois ou três dias de festas contínuas. Claro que eles podem beber, eu não, entende? (...) eu achei que eu podia tomar um copo de vinho, dizem que faz bem pro coração, ah, faz bem pra quem pode, mas não pra mim, né? Participante nº 3.

(...) tem a minha irmã, ela toma uma cerveja no fim de semana. Mas social, né? Toma duas cervejinha e deu. Latinha. Toma duas e tá bom. Mas eu não, se eu tomar duas latinhas pra mim não fazia nem cócega. Participante nº 5.

Fica evidente a disseminação da idéia de que se pode distinguir as pessoas, quanto ao uso de álcool, não apenas quantitativamente (pessoas que bebem mais e que bebem menos), mas qualitativamente (pessoas que não podem/não sabem/não devem beber e pessoas que sabem/podem). Esta idéia reforça a noção de doença como algo de que o indivíduo é portador, uma característica permanente que o distingue qualitativamente de pessoas que não a possuem, e em função da qual o paciente precisa ressignificar sua relação com a bebida, modificar comportamentos e repensar a própria identidade.

Para tanto, uma questão com que os participantes referiram ter que lidar foi a da natureza do problema, distinguindo ou equiparando as noções de *doença* e *vício* (5.3.3). Alguns deles, em diferentes momentos da entrevista, utilizaram os dois termos com o mesmo sentido – designando o seu problema com bebida. Também foram formuladas distinções, em que alguns participantes explicitaram sua preferência pela definição do problema enquanto doença. Ambos casos seguem exemplificados abaixo, respectivamente:

Mas depois quando a gente começa a tomar, aí vem o vício, aquilo já toma conta, eu acho, a gente já acha falta... é tipo um vício.

Eu, eu pra mim, do jeito que eu sou, pra mim, isso aí é uma baita doença. É uma baita doença. Participante nº 7 (ambos trechos)

Eu imaginava que fosse um vício, né, de pô, amanhã ou depois eu paro. Só que não é bem assim. É complicado.

Eu tive várias internações, se não fosse uma doença... entendeu, todo mundo fala ah, aquele cara é vagabundo, aquele cara é... viciado, não sei o quê... O pessoal não

entende, né, que é uma doença.. Participante nº 5 (ambos trechos).

Eu não era um... um hipócrita, um cafajeste, simplesmente eu estava doente. Eu precisava de ajuda. Participante nº 3.

Mas eu, eu to liberto hoje, do vício da bebida, eu to liberto. Eu não digo curado (...) Mas hoje eu considero que to liberto da bebida. Por causa que eu, eu aceitei Jesus no meu coração, né? (...) Se eu tomasse o primeiro gole, eu sei que é uma doença, eu vou tomar todas. Participante nº 9.

Esses exemplos ilustram certa variedade de soluções encontradas por estas pessoas para a questão acerca da distinção entre vício e doença. No primeiro caso, o sujeito mantém o uso dos dois termos praticamente como sinônimos. Talvez isso possa ser explicado pela relativa ausência de conotação moral pejorativa no modo como o sujeito utiliza a palavra “vício”: nos outros contextos em que ele a menciona, é em situação semelhante à exposta acima, ou seja, aludindo ao processo de desenvolvimento de tolerância ao álcool e ao aumento do consumo, não explicitando qualquer associação deste termo com atributos morais negativos.

O diagnóstico e a idéia de doença também podem vir para problematizar uma situação que o sujeito considerava relativamente tranqüila (nº 5), porquanto o vício seria algo que ainda estaria em suas mãos controlar, apenas mediante força de vontade. Tratando-se de uma doença, isso passa a ser um problema grave, que ele carrega cronicamente e que escapa ao seu controle. Por outro lado, justamente por ser algo crônico e que lhe escapa ao controle voluntário, traz também certo alívio, na medida em que justifica os repetidos fracassos em resolver o problema e atribui outra causa que não um defeito de caráter (como se vê também no nº 3).

Como ilustra último trecho, a solução encontrada pelo paciente pode não ser o uso indistinto de “vício” e “doença”, tampouco a substituição de um conceito pelo outro na nomeação de seu problema. Neste caso, “vício” corresponde à atitude de desejar ou procurar certo estilo de vida moralmente condenável e que envolva o consumo de álcool. O paciente considera-se livre do vício, por ter renunciado a tal estilo de vida, porém ao mesmo tempo ainda considera-se um doente, sujeito à recaída se quebrar a abstinência. Como se pode depreender do discurso explícito deste paciente, seu pensamento é bastante

influenciado pela religião que relata ter abraçado recentemente, o que novamente nos remete às observações de Alves (1998) e Velho (2001) acerca da multiplicidade de discursos que servem de fontes para que cada indivíduo, a partir de diferentes combinações de referências, elabore o sentido da própria experiência.

A conscientização é aspecto importante das propostas psicoterapêuticas comportamentais-cognitivas e, via de regra, esta conscientização refere-se a: 1) saber identificar situações de risco, a fim de evitá-las ou para treinar respostas adaptativas; e 2) assimilar as informações acerca da doença e da adesão a tratamento (Marlatt, 1993; Miller & Rollnick, 2001; Silva & Serra, 2004; Luty, 2006). A conscientização, evidentemente, foi bem sucedida com estes pacientes: a necessidade de realização de tratamento foi bastante mencionada, a compreensão do alcoolismo como doença é amplamente aceita (e vantajosa em relação à noção de vício) e a conscientização sobre a doença foi uma das poucas mudanças duradouras referidas pelos pacientes ao longo de suas trajetórias.

Na tentativa de conscientizar os pacientes, os profissionais de saúde podem tender a impor seu saber, esperando que o paciente assimile literalmente as explicações que lhe são fornecidas e faça desse discurso o seu próprio. Nisso, os profissionais reproduzem compreensões estereotipadas sobre a experiência dos pacientes, formatando-os segundo o escopo da instituição que oferece tratamento (Alves, 1998). Percebe-se na fala dos entrevistados que o discurso técnico é, sim, assimilado – e talvez tanto mais fortemente quanto for significativo o vínculo terapêutico; porém essa assimilação será incorporada em diferentes graus e modos por cada paciente, em combinações com outras fontes de referência e segundo o estoque de conhecimento de que cada um dispõe.

Os pacientes fizeram considerações sobre si tanto no sentido moral como no sentido clínico. Embora este último tenha sido mais freqüente, ambos fazem parte do repertório de referências destes sujeitos para organizar sua identidade. Dez respondentes explicitaram considerações morais, sobre ser um bêbado ou um viciado (5.3.4), referiram-se principalmente ao não saber beber, ou incapacidade de se controlar, e também ao caráter permanente de ser bêbado/viciado/alcoólatra, sendo que isto passou a constituir uma característica intrínseca do sujeito, não importando se ele está bebendo ou não. Ou seja, de um sujeito que *está bebendo demais*, passa-se a ser

um sujeito que *é um bêbado*, não importando mais se está em abstinência ou se está bebendo e quanto:

Um alcoólatra [sobre si]. (...) Alcoólatra é... aquela pessoa que não sabe se controlar pra beber. Participante nº 13.

Bebe quem quer. (...) Eu bebo se eu quero. A pessoa bebe se quer. Ninguém bota goela abaixo. Participante nº 12.

Bêbado, eu vou ser sempre, isso é uma doença, né? Mesmo que não beba, vai continuar sendo bêbado. Participante nº 11.

Apesar de por vezes encontrarem algum alívio na relativa desresponsabilização que a noção de doença proporciona, persistem idéias acerca da capacidade que o sujeito deveria ter para controlar voluntariamente o consumo, sendo que a falta de controle não deixa de ter certa conotação de fraqueza moral. A noção de doença, que a princípio vem opor-se à noção de vício, pode ser tomada pelos pacientes como um reforçador de certas idéias morais sobre o alcoolismo, como no último exemplo, em que o paciente interpreta a cronicidade da doença no sentido de marcá-lo como portador de algo que faz dele um bêbado, permanentemente e em qualquer circunstância.

Já considerações sobre ser doente (5.3.5) foram apresentadas por todos os participantes. Também todos referiram o caráter crônico da doença, sendo que apenas dois em algum momento relativizaram a idéia de ela ser incurável. Para os demais, fica evidente que pensam sobre si como portadores de uma doença crônica grave, que os impede de ter controle sobre o beber:

Eu sou uma pessoa doente. Participante nº 6.

Bah, isso é uma doença. (...) Não posso ver um copo de cana, que me dá vontade de tomar. Participante nº 10.

Porque eu sei que é uma dependência química, eu sei que isso eu vou carregar pro resto da minha vida, mas eu sei que eu tenho que lutar com isso. Participante nº 3.

Alguns pacientes explicitaram que suas opiniões sobre seu problema e sobre si são resultado do aprendizado dos discursos dos

serviços de atendimento (tanto a rede de saúde como os grupos de ajuda):

- Aí foram me explicando, que é uma dependência, que é uma doença que não tem cura, ela tem controle, mas não tem cura.

- É assim que tu define o teu problema com a bebida?

- Que é uma doença incurável? É assim. Ela tem controle, mas não tem cura. Participante nº 8.

Ele é lento, progressivo e fatal, né? Então a gente conhece três C's né? Ou tu pára numa clínica, ou tu pára num cemitério, né? Ou tu pára... como é que é... clínica, cemitério... ou... não me lembro mais. Participante nº 3.

A Dra. F. uma vez me disse que a bebida é uma doença crônica e progressiva. Ela não regrede, só progrde. Mas com tratamento, medicação, freqüentando grupo, psicólogo, terapeuta... pode estacionar ali. Participante nº 4.

Estes exemplos fornecem indicações sobre o impacto da noção de cronicidade na reorganização da identidade destes sujeitos, além de fornecerem indicações adicionais acerca do impacto do discurso dos serviços de atendimento como fonte de referência para tal processo. A informação sobre o caráter crônico do problema, a princípio se justifica pela necessidade de prevenir o paciente acerca da probabilidade de recaídas. No entanto, como se constata nos dois últimos trechos acima, esta informação por vezes associa-se à idéia de irreversibilidade dos danos acumulados – em última análise, não apenas a impossibilidade de uma recuperação definitiva, com garantia de não haver mais recaídas, como também a impossibilidade de o sujeito resgatar elementos de sua vida que já foram muito prejudicados pelo abuso de álcool.

Na prática clínica, não raro ouve-se dos pacientes metáforas como a que compara a vida do alcoolista a uma vela, e compara o abuso de álcool à sua queima: a porção de vela já queimada não se pode recuperar, o melhor que se consegue é apagar a chama e evitar reacendê-la para não se perder ainda mais. As metáforas a que dependentes de drogas recorrem para descrever seu problema refletem a preocupação com o fato de conviver com um problema latente, que exige atenção e cuidado constante, para evitar seu ressurgimento e a conseqüente degradação, tanto moral quanto da saúde (Baus & cols., 2002).

Percebe-se que o discurso de conscientização sobre a cronicidade pode ser assimilado como uma espécie de ameaça constante de recaída, uma permanente necessidade de luta consigo mesmo. Isso pode estar associado à influência do aspecto moral na compreensão do alcoolismo, que permeia inclusive as atitudes dos profissionais de saúde (Vargas, 2010), pois se trata da ênfase na necessidade de autocontrole para resistir à permanente tentação. É possível que profissionais de saúde e/ou veteranos de grupos de mútua ajuda recorram a este tipo de metáforas para “assustar” os alcoolistas quanto à iminência do perigo e à gravidade das conseqüências da violação da abstinência, na expectativa de que isto reforce sua determinação de evitar recaídas. Isso é coerente com estratégias de recuperação no estilo *12 passos*, porém é importante avaliar seu impacto na perspectiva de futuro que resta possível a pessoas que adotam tal perspectiva de vigilância constante.

Categoria 6 - Projeto de recuperação

Esta categoria abarcou falas referentes às projeções dos pacientes acerca do próprio futuro, principalmente quanto às suas possibilidades de recuperação. “Recuperação”, neste caso, entendida em sentido amplo, não apenas aludindo ao controle do alcoolismo, mas também ao restabelecimento de vínculos e à melhora das condições de vida de modo geral. Assim, **projeto de recuperação** pode ser um conceito aplicado à definição do tipo de perspectiva que o sujeito tem de seu futuro enquanto alcoolista, incluindo as seguintes propriedades: crenças (idéias sobre o que deve fazer), expectativas (perspectiva de mudança ou de continuidade, esperanças remotas de melhora), planos (preparação para trabalhar, continuidade de tratamento) e ações (estratégias de tratamento, resgate de vínculos)

O conjunto destas propriedades revela a perspectiva de futuro do sujeito: vislumbra mudança ou não, tem esperanças de melhora ou não, tem idéia do que pode fazer, faz planejamentos para alcançar objetivos, e se está agindo neste sentido. No caso destes entrevistados, de modo geral, destaca-se uma postura passiva: predominam relatos de esperança de recuperação e melhora em vários aspectos da vida, porém com pobreza de planos concretos, dificuldade ou relutância em fazer projeções que não de curto prazo, e uma tendência a planejar a vida prioritariamente em função do tratamento.

Os participantes atribuíram destacada importância à **realização de tratamento (subcategoria 6.1)**. Sete participantes a colocaram como

o aspecto prioritário da vida no momento **(6.1.1)**, porquanto consideram o tratamento imprescindível para a recuperação, como nestes exemplos:

Mas é assim, ou tu procura ajuda, ou tu morre, tu não tem outro jeito, entendeu, ichê. Não tem saída. Participante nº 3.

Que eu freqüente o grupo por um bom tempo, que o grupo é assim,ó: depois dum tempo, tu passa de, é todas semanas, depois passa de 15 em 15 dias. Depois tu passa de mês em mês. Mas no início, quando tu ta fraco, tem que vim todas semanas. Participante nº 5.

- *Tu faz alguma outra coisa além de procurar tratamento [no hospital]?*
 - *Não. Porque é muito difícil de conseguir... de conseguir outro tipo de ajuda a não ser onde é especializado pra isso, né? Onde mais que eu vou procurar? Não tem onde.* Participante nº 2.

Não vou desistir. Nem que eu tenha que passar por mil internações, mas eu não vou desistir. Participante nº 13.

Esclarecendo os contextos de onde foram tirados estes trechos: no primeiro exemplo, o entrevistado referia-se a buscar ajuda no hospital e no AA. No segundo, o participante falava da participação em grupo de apoio ambulatorial coordenado pela enfermagem da unidade. Já nos dois últimos casos, os pacientes procuram tratamento apenas no hospital, com internação. Estes trechos exemplificam a grande importância atribuída à realização de tratamento e o uso do hospital, por parte de alguns pacientes, como principal ou único recurso, ambos os aspectos já apontados na análise de subcategorias anteriores, que encontram aqui novas indicações no mesmo sentido.

Dentre os pacientes que não se limitavam à internação e explicitaram planos para próximas etapas de tratamento **(6.1.2)**, que se seguiriam à internação, três ponderavam ou planejavam internação em comunidade terapêutica, dois pensavam em manter acompanhamentos psiquiátrico ambulatorial, um planejava voltar ao Caps e outro, voltar ao AA. Nota-se que, mesmo não se restringindo ao atendimento hospitalar, a internação, através das CT's, aparece novamente como um recurso de destaque, em função da expectativa de melhora relacionada à reclusão e

isolamento, já referia anteriormente e novamente exemplificada nos trechos abaixo:

Eu, sair daqui, eu quero ver se consigo uma fazenda. Um período maior, mais longo, né? Participante nº 13.

Então eu quero, se eu conseguisse uma fazenda, pra ir, pra esquecer de tudo isso aí, eu vou. Vou com boa vontade. Participante nº 12.

Estes exemplos indicam que novas interações, apesar de referidas como não desejadas, podem fazer parte da perspectiva de tratamento futuro para alguns pacientes, sendo que alguns desejam ou acham que precisam de internações muito longas (CT). Sendo a realização de tratamento considerada prioridade, sujeitos com esta perspectiva estão pondo em suspenso outros aspectos da vida para investir em uma forma de tratamento que, além da eficácia incerta, também pode afastá-los de outros fatores que favorecem a recuperação – vínculo familiar (suporte social), ocupação e oportunidades de reinserção social.

Alguns pacientes também ponderaram outras formas de tratamento que absorveriam muito de seu tempo, como a combinação de acompanhamento ambulatorial intensivo e frequência a grupos, ou o engajamento no regime intensivo do Caps-ad. Fica evidente a prioridade com que a realização de tratamento é encarada, principalmente em um momento considerado mais delicado, como o pós-alta. Além da intensidade com que pensam em dedicar-se ao tratamento neste momento, os participantes também mencionaram a contemplação da necessidade de manter, de algum modo, um tratamento permanente, ou por um prazo longo e indefinido **(6.1.3)**:

Esse tratamento é eterno, pro resto da minha vida. Participante nº 5.

Mas esse tratamento tem que continuar pra sempre, né? Até a doutora dizer assim, ó, de hoje em diante não precisa mais. Que eu acho que vai demorar. Que ó, eu tô com 42, tô desde os 14 anos de idade bebendo. É tempo. Até recuperar bem, demora muito. Participante nº4.

Portanto, além de uma prioridade atual, para alguns entrevistados a manutenção de tratamento será uma necessidade por

muito tempo, em função da qual deverão organizar sua vida a curto e a longo prazo. Este entendimento é coerente com a idéia de doença crônica, que exige dos pacientes algum grau de vigilância/cuidado durante o resto de suas vidas.

De modo geral, na análise dos códigos desta subcategoria, novamente chama a atenção o contraste entre as manifestações de importância atribuída ao tratamento e os relatos de poucas mudanças percebidas. Uma possível explicação seria a tendência de os entrevistados fornecerem respostas que julgam ir ao encontro das expectativas do pesquisador. Por outro lado, as demonstrações de apreço pelo vínculo com a médica do serviço e a recorrência com que estas pessoas procuram o hospital sugere que de fato elas valorizam o atendimento recebido no serviço. Verificou-se ainda que os pacientes valorizam, em sua experiência de tratamento, a recuperação física proporcionada pela internação. Também se discutiu a questão da conscientização, que envolve o reforço da idéia de necessidade de tratamento.

Por isso, é possível que a valorização do tratamento por parte dos pacientes, a despeito da pouca eficácia em termos de percepção de mudanças duradouras, se deva a variadas combinações entre os seguintes fatores: 1) qualidade do vínculo com seu terapeuta e/ou com várias pessoas da equipe; 2) recuperação física na internação; e 3) reforço da idéia de necessidade de tratamento através do programa de conscientização. Assim, temos uma crença na necessidade do tratamento que persiste, ainda que discrepante com a experiência do sujeito – já que, além da pouca mudança percebida, os participantes também referiram períodos de melhora que não estavam relacionados à realização de tratamento.

À parte a realização de tratamento, os participantes também referiram outras estratégias que acreditam que deveriam adotar, o que foi agrupado na **subcategoria 6.2. Idéias sobre o que precisa fazer para se recuperar**. Neste sentido, o tipo de afirmação mais freqüente (seis entrevistados) era sobre a importância de ter determinação **(6.2.1)**, no sentido de manter a força de vontade para não beber e também no sentido de nutrir um desejo sincero de mudança:

Só que eu sei também que não é assim, a gente tem que querer de verdade, né? Participante nº 1.

Mas pra isso é preciso de uma série de fatores, que tu tenha... realmente uma grande vontade de se manter

abstêmio, que tu tenha uma grande vontade de, de, de... viver, né? Participante nº 3.

Então agora, vou criar vergonha na cara, não vou beber mais. Participante nº 12.

Aqui há mais um indício da magnitude do aspecto moral da compreensão do alcoolismo. Ao mesmo tempo em que os pacientes referem amplamente as idéias de portarem uma doença (que se caracteriza justamente por privar-lhes do controle sobre o beber) e de necessitarem de tratamento e ajuda, também afirmam a importância de voluntariamente conseguirem se controlar – sendo que tal controle pode ser entendido como uma atitude voluntária, que depende de uma decisão moral (criar vergonha na cara). Mais que isso, esta decisão de mudar deve ser sincera, deve refletir um desejo autêntico de manter a abstinência.

A questão da sinceridade provavelmente está relacionada à idéia de que alcoolistas (dependentes de substâncias, em geral) costumam mentir muito, inclusive acerca de seu desejo de recuperação. Mesmo entre profissionais da saúde, é bastante comum a idéia de que alcoolistas não desejam honestamente parar de beber (Vargas, 2010). Ou seja, a despeito da noção de doença, em que se leva em conta a questão da ambivalência, e para a qual se apontam determinantes alheios à vontade do sujeito, mesmo assim, na prática, permanece certa desconfiança quanto à sinceridade dos dependentes de álcool.

Certamente a determinação é relevante em qualquer mudança de comportamento a que alguém esteja se propondo, porém o que se questiona aqui é o caráter de julgamento moral da autenticidade das intenções de recuperação declaradas. Se o profissional de saúde se preocupar demais com esta avaliação moral da sinceridade do sujeito, isto pode prejudicar a consolidação de um vínculo terapêutico. É possível que esta preocupação moral seja um dos motivos que levam alguns serviços a desenvolver estratégias de monitoramento que fiscalizam a abstinência dos pacientes, inclusive recorrendo a exames laboratoriais (Junghanns & cols., 2009).

O segundo tipo de estratégia mais freqüente (cinco pacientes) foi evitar estímulos ao consumo **(6.2.2)**, ou mais especificamente, restringir as atividades cotidianas de maneira a evitar o contato com bares e com amigos com quem costumava beber, como nestes exemplos:

- Não ir em bar, né? Largar os grupos de amigos que eu tinha.

- Por que largar os grupos de amigos?

- Só oferecem pro cara. Quando tu vê, tu tá bebendo. (...) É, ficar dentro de casa agora, né? Sair de casa pro serviço, do serviço pra casa e seguir em frente. Sem estar na rua. Na rua é um perigo. Se ficar na rua, volto a beber ligeirinho.

- E tu já viveu assim por algum tempo?

- Já. Passei um mês e pouco. Um mês e meio... aí depois saí pra rua, pra fumar crack com os guris... Participante nº 10.

Evitar de chegar em bar. Ir do serviço pra casa, da casa pro serviço. (...) Se meu serviço é aqui e tem um bar ali, o que eu vou fazer? Vou fazer a volta toda por aqui pra chegar no meu serviço aqui [desenha trajetos no ar]. Naquele bar, eu não vou chegar. Se eu ver um amigo lá na rua, com uma pinga, ó, não. Participante nº 12.

Pensar em adotar estratégias de evitação de estímulos é coerente com outros relatos, das subcategorias 2.5 (acerca do isolamento protetor da internação) e 3.4 (em que a evitação é mencionada como uma estratégia já adotada para recuperação), sendo desnecessário retomar esta discussão. Levanta-se novamente, contudo, o questionamento acerca da viabilidade e eficácia desta estratégia a longo prazo (como exemplificado no primeiro trecho). Uma vida restrita, no intuito de escapar aos estímulos para beber, dificilmente se manterá por muito tempo sem sofrimento. Há que se ter em mente também que o abandono de círculos sociais e de atividades até então gratificantes, pode contribuir para a falta de ocupação e para a solidão, que foram apontadas por estes entrevistados como fatores associados ao retorno ao abuso.

Alguns participantes referiram que pensam em procurar ocupações como estratégia de recuperação **(6.2.3)**. A expectativa é a mesma da estratégia anterior, porém não através apenas da evitação de estímulos, mas do preenchimento do tempo com atividades prazerosas ou úteis, que ajudem a mudar sua rotina e a “esquecer” o álcool:

- E que mudança que ia ser essa [na rotina]?

- Olha... eu acho que até de repente pintar a casa... hã... botar móveis novos ou mudar de lugar os móveis ou... ajeitar alguma coisa que tá estragada na casa... ou ter

horários certos pras coisas também, que não tinha...
Participante nº 1.

Me divertir tocando a minha viola. Escutando meus Led Zeppelin, escutando meu Zé Ramalho, minhas músicas...
Participante nº 3.

Estudar, fazer alguma coisa, assim. Fazer tudo pra esquecer o álcool, né? Tudo mesmo. Nem que eu tenha que dar cabeçada em árvores, assim, pra não beber...
Participante nº 8.

A despeito de seu papel tanto na experiência de recuperação quanto na experiência de voltar a beber, a questão de ter ou não ter ocupação foi mencionada apenas por estes três participantes, enquanto projeção para o futuro. Mesmo dentre estes, percebe-se certa vagueza nas afirmações, podendo inferir-se que é uma questão sobre a qual estas pessoas não têm pensado objetivamente, de modo a planejar sua implementação.

Esta mesma observação pode ser colocada para relacionar esta subcategoria com as subcategorias 3.3 e 3.4: à exceção da evitação de estímulos ao consumo, a maioria dos participantes não refere planos de tentar repetir contextos ou estratégias de recuperação que se lhes mostraram úteis no passado, em suas próprias experiências de recuperação. Apenas dois participantes explicitamente afirmaram que iriam tentar retomar estratégias exitosas anteriores (6.2.4).

Se eu conseguir fazer que nem eu fiz da outra vez, que eu fiquei bastante tempo sem beber, acho que desta vez eu consigo. Participante nº 4.

Acho que fazer o que eu tava fazendo, lá no meu irmão. Ir nas reuniões [do AA], arrumar o que fazer, eu fazia canteiros, plantava, os vizinhos precisavam de mim, eu ajudava e não cobrava nada. Ia na igreja todos os fins de semana. Participante nº 8.

Os participantes valorizam muito a realização de tratamento e a prevenção de recaída (evitar estímulos ao consumo), porém não incluem em seu repertório de planos de recuperação outros tipos de ações, tampouco a promoção de contextos mais favoráveis à recuperação. O discurso dos profissionais pode contribuir para manter esta situação,

porquanto é marcado pela preocupação com a adesão a tratamento e com a prevenção de recaída. Afora o tratamento e a evitação, outros fatores até são relatados pelos pacientes como associados à sua melhora, porém não são reconhecidos como aspectos a serem resgatados dentro de um planejamento para uma estratégia de recuperação: dentre estes entrevistados, dois referiram não ter idéia do que devem fazer para se recuperar, além de tratamento (6.2.5). Faltam, portanto, iniciativas de recuperação que levam o sujeito a redimensionar seu projeto de vida, a buscar novas estratégias de vínculos profissionais, sociais, culturais, que poderiam dar novo sentido para suas relações com o mundo e recolocar a função da bebida.

Uma fala de um destes entrevistados é particularmente emblemática das necessidades dos pacientes que extrapolam o alcance dos tratamentos mais tradicionais; respondendo sobre suas idéias acerca do que achava que deveria fazer para se recuperar, ele referiu a necessidade de reencontrar alguma felicidade em sua vida (6.2.6), para conseguir reagir:

- *Tem mais alguma coisa que tu acha importante pra se recuperar?*
- [Longo silêncio, pensativo]. *Só ser feliz de novo.*
- *Ser feliz de novo... como assim?*
- *É, porque... quem tá assim, nesse modo, nesse sistema, que eu tô... tu não vê, tu não vê felicidade, tu não acha graça, não... tu não tem amigos...* Participante nº 13.

Este trecho expressa um conteúdo que pode ajudar a explicar a pouca eficácia das estratégias de recuperação mais relatadas. Verifica-se que, para estes sujeitos, implementar a prevenção de recaída é, basicamente, evitar estímulos ao consumo por tempo suficiente até que o problema com álcool seja “esquecido”; sem passar por resgatar um sentido de sua vida que poderia levar à “felicidade”, como menciona o participante (refazer amizades, entre outras possibilidades). Evitar estímulos implica restringir as atividades e abandonar amigos e divertimentos; daí a valorização do isolamento, o uso prioritário do hospital em detrimento da rede básica, e o desejo de internações mais prolongadas – são medidas necessárias para viabilizar a abstinência por esta via sacrificante.

Esta é uma visão do alcoolismo restrita à luta para não beber, desconsiderando questões importantes como os efeitos de contextos e a função da bebida na história do indivíduo (Schneider, 2010). A fala

acima, assim como os relatos sobre as experiências de recuperação, subvertem o raciocínio que tradicionalmente se aplica à perspectiva de futuro para o alcoolista: considera-se que o sujeito precisa parar de beber para sua vida melhorar; no entanto, é possível que sua vida precise melhorar para que ele possa parar de beber.

Quanto à **perspectiva de alcançar recuperação (subcategoria 6.3)**, seis entrevistados manifestaram explicitamente o desejo de uma melhora de vida (**6.3.1**). Conforme o caso, esta melhora poderia ser apenas a manutenção de abstinência (mantendo os demais aspectos da vida do jeito que estavam), mas a maioria destes respondentes (cinco) referiu-se a uma melhora de vida em sentido mais amplo, como ilustrado por estes trechos:

- *Ah, normal, né? Poder levar vida normal.*
- *Que é vida normal?*
- *Não beber. Poder voltar a estudar. Trabalhar assim, normal. Sem ter problemas de saúde.* Participante nº 2.

Porque eu to com 39 anos, e eu me considero que eu to novo ainda, então eu tenho muito o que viver ainda, e se deus quiser, viver com qualidade, né? Qualidade de vida, né? Participante nº 9.

Dois participantes manifestaram a idéia de, no futuro, exibir sua recuperação a familiares e/ou aos profissionais de saúde (**6.3.2**):

No momento em que eu conseguir parar de beber, aí sim, eu lhe garanto, aí eu vou lhe mostrar. Eu vou mudar. Eu disse pra Dra. F. isso aí mesmo. No momento que eu parar, “ó, doutora, parei!, vou lhe mostrar”. Participante nº 4.

Mas eu acho que primeiro vou me tratar bem, bem tratado... chegar de cara limpa em casa, como diz o outro, né? Com todas as papelama na mão, tá aqui. Não bebo mais. Vocês querem me considerar um da família, me considerem, se não quiser, não tem problema nenhum. Participante nº 12.

Percebe-se certa ambigüidade nestes trechos. Podem ser interpretados como uma forma de motivação, em que o sujeito, por força do vínculo com um familiar ou um profissional, mostra-se disposto a

comprometer-se com um resultado positivo de seu tratamento. Por outro lado, pode implicar também certo ressentimento, se o ato de mostrar o resultado ao outro for em função de uma cobrança que o sujeito percebe sobre si (principalmente no caso do participante nº 12, em que a apresentação de “cara limpa” é uma reivindicação de sua aceitação na família novamente, a qual ele está inclusive preparado para que seja negada).

Apenas um participante referiu não vislumbrar no futuro a quebra dos ciclos de melhoras breves, recaídas e internações, afirmando não ter perspectiva de uma recuperação duradoura (6.3.3). Apesar de ser uma ocorrência isolada, chama a atenção o fato de este mesmo participante (nº 2) ter relatado dois períodos gratificantes de recuperação no passado.

Recordando sua história, trata-se de um paciente que queixa-se de conviver com intensa ansiedade crônica, tendo já desenvolvido uma síndrome de dependência de benzodiazepínicos. O abuso de álcool tem um componente importante de alívio de ansiedade, ou seja, sua relação com as substâncias de abuso está relacionado à função de automedicação, para o controle da ansiedade. Este paciente relatou ainda grande insatisfação com a relação com seus pais, com quem mora em propriedade rural; queixa-se de que o pai exige que ele trabalhe na propriedade da família sem remuneração.

Este sujeito relatou dois períodos gratificantes de recuperação, um em uma época em que os pais foram morar em outro lugar e ele morou e trabalhou sozinho na propriedade da família; outro em que ele foi trabalhar em outro município e sentiu-se satisfeito pela oportunidade de trabalhar com remuneração e obter independência. Nestes dois períodos, ele relatou uso moderado (baixas doses e consumo restrito aos finais de semana), melhora importante da ansiedade e satisfação com sua rotina de trabalho.

Este paciente foi o que relatou de forma mais explícita e completa um exemplo dos principais pontos de discussão desta subcategoria: 1) o sujeito desqualifica suas experiências de recuperação porque elas não incluíram abstinência, a despeito da melhora que pode ser obtida em vários aspectos da vida com a diminuição do uso; 2) o sujeito não inclui em seu planejamento para o futuro a tentativa de reproduzir contextos ou repetir estratégias que já lhe foram úteis e que lhe deram sentido para sua existência; 3) o sujeito planeja seu futuro em torno da realização de tratamento e do desejo/esperança de uma forma

de recuperação que precise incluir abstinência permanente ou muito duradoura.

A consequência prática desta discussão é que se impõe questionar até que ponto o programa de conscientização apresentado a estes sujeitos está incentivando a adesão a tratamento e alertando os sujeitos sobre as possibilidades de recaídas; e até que ponto está contribuindo para que os pacientes não contemplem outras formas de recuperação que não a abstinência total, nem outros fatores de recuperação que não a adesão a tratamento.

Os participantes referiram também suas perspectivas em outros aspectos da vida, dentre as quais se destacam as **projeções sobre o relacionamento familiar** (que por isso foram codificadas à parte, na **subcategoria 6.4**). Sete respondentes explicitaram esperança de reaproximação ou de manutenção de vínculos familiares (**6.4.1**):

Não, eu não to morando com ela, eu ela saiu de casa. Ela ta esperando eu voltar, sem beber, pra ela voltar pra casa. (...) Quería que nós tivesse juntos. O combinado foi esse, entendeu? Se eu parasse de beber, ela voltava pra casa.
Participante nº 5.

E agora, hoje falei com a Dra. F. pra ela pedir pro meu irmão vir me buscar aqui no hospital, pra mim ir direto daqui pra lá, eu não quero voltar lá pra tapera, né?
Participante nº 8.

Estes trechos exemplificam as duas dimensões da esperança dos pacientes em relação aos vínculos familiares. No primeiro caso, esperança de que os vínculos rompidos ou prejudicados em decorrência do alcoolismo possam ser resgatados após o tratamento; no segundo, de que o vínculo com o familiar que vinha propiciando suporte social possa ser mantido, a fim de que o paciente possa continuar contando com este suporte em sua estratégia de recuperação. Estes trechos vêm reforçar as considerações anteriores acerca da reciprocidade da influência entre o relacionamento familiar e os processos do alcoolismo – assim como o conflito familiar pode apresentar-se como causa ou consequência em relação ao abuso de álcool, também o vínculo familiar pode ser tanto uma decorrência da recuperação como uma parte da estratégia para que ela seja alcançada.

Quatro participantes referiram a perspectiva de manutenção do distanciamento atual dos familiares (**6.4.2**):

É, mas eu não quero pedir nada pra eles. Não quero. Que eles já tão, eles já se machucaram muito comigo. E se eu for pedir pra eles, eles vão ficar com medo, e... entende? A desconfiança sempre vai existir, que eu vá beber de novo, que eu vá aprontar de novo... entende? Participante nº 9

E acho que não tem volta mais [sobre a separação conjugal] eu não quero perder meus filhos, mas... como não fui eu que fiz isso, se acharem que tiram meu filho de perto de mim... agora nesse momento eu não vou poder fazer muita coisa. Participante nº 1.

Os quatro casos são semelhantes a estes exemplos, evidenciando que estes sujeitos estão se defrontando com a possibilidade de não conseguirem mais resgatar (ao menos num futuro próximo) alguns vínculos familiares, em função dos conflitos acumulados. O clima de desconfiança e ressentimento faz com que o sujeito deixe de contar com o suporte familiar em seus planos de recuperação. Já nos casos em que existe ao menos um vínculo familiar com perspectiva de continuidade, verifica-se que os relatos dos pacientes evidenciam uma importância destes vínculos para sua recuperação, na medida em que adquirem um caráter motivacional (6.4.5):

E tive esse filho, que é a melhor coisa que eu tenho na minha vida. Tá com dois anos agora, e... é uma criança maravilhosa e necessita de mim, e por isso eu estou aqui me recuperando, né? Participante nº 3

Tentar sobreviver e ver minhas netas crescer. Elas vêm todos os dias ver o vô. Minha filha traz. (...) Pretendo, se deus quiser, durar mais uns tempos, pra ver elas crescer... queria ver minha neta maior na faculdade. Participante nº 6.

Sou o pai dela. 'Quiser me considerar como pai, tu é minha filha. Se tu não quiser, eu te considero como a minha filha.' Só que eu não quero ver ela sofrer. Que ela não gostaria de ver eu sofrer. E jamais eu vou encontrar minha filha e aprontar de novo. Não, doutor, isso aí não quero mais. Participante nº 12.

Seis participantes se manifestaram explicitamente neste sentido, todos aludindo a vínculos com crianças (filhos, netos e sobrinhos); os aspectos motivacionais relatados são os de conseguir se recuperar para dar conta de seu papel de responsável por elas (no caso dos pais), ou ao menos para ter a gratificação de estar presente durante seu desenvolvimento (avô e tio). Esta constatação vai ao encontro de resultados de outros estudos, que apontam a presença de vínculo familiar com cônjuge e filhos como fator associado a melhores resultados para alcoolistas em tratamento (Dawson & cols. 2008).

Estes exemplos também sinalizam que a relevância do vínculo familiar para a recuperação não reside apenas no fato de a família propiciar apoio; para estes participantes, além de ser cuidado, também é importante ser capaz de cuidar da família. Recordando a análise de subcategorias anteriores, o resgate dos relacionamentos familiares foi apontado como um dos benefícios do controle do consumo, não apenas pela cessação de conflitos, mas também pela retomada de um papel mais ativo do paciente na configuração familiar (3.5.4); também a capacidade de desempenhar o papel de pai foi um dos exemplos citados de papéis sociais considerados dignificantes e mencionados como virtudes morais (5.1.1).

Nesta subcategoria, verifica-se que a perspectiva de retomar o papel de pai, responsabilizando-se pelos filhos, assim como a perspectiva de participar de alguma forma do desenvolvimento das crianças da família, assume para estes sujeitos um caráter de motivação. Note-se que é um fator motivacional que se estabelece na intersubjetividade, enquanto o paciente vislumbra esta possibilidade de reinserção no grupo familiar; não se trata de motivação enquanto característica interna do sujeito, que ele nutre apenas de sua conscientização sobre portar uma doença – o sujeito tem motivos para se cuidar não porque esteja doente, mas porque tem um projeto a realizar.

Projeto, neste caso, remete ao conceito de Velho (1999, 1999b, 2001), que define a organização da conduta do indivíduo, segundo escolhas conscientes, na direção de finalidades específicas. A **subcategoria 6.5, Perspectivas em outros aspectos da vida**, contém referências dos pacientes a outros projetos, expectativas e desejos. Especificamente, os códigos relativos ao planejamento e preparação para o retorno ao trabalho (**6.5.1**), são os que correspondem a outros projetos dos pacientes, como estes:

Mas esse ramo de hotelaria já não quero mais, entendeu? (...) Já fiz dois cursos, de pintor e de azulejista pelo Senai/Fiegs. Participante nº 5.

Eu tenho plano, vou fazer um curso de teologia, se deus quiser, o pastor me ofereceu. (...)

- E tu pensa em ser pastor?

- Eu penso. (...) Bah... tudo que eu quero agora é isso.

Participante nº 9

Estes são exemplos mais afirmativos, em que o retorno ao trabalho é parte da perspectiva de futuro imediato. Nos entanto, dos nove participantes que se manifestaram neste sentido, quatro deles contemplam remotamente a possibilidade de retorno ao trabalho, colocando como pré-condição sua recuperação completa:

Tentar ver se eu consigo um auxílio-doença. Pra ter uma estabilidade pros meus filhos também. Pra mim poder seguir um, fazer um, assim como é que eu vou te dizer... um trajeto assim de... se eu tiver que ir lá no CAPS, ficar o dia inteiro lá, todos os dias (...) ou em outro lugar, num AA, sei lá, sabe. (Participante nº1)

Até que um equilíbrio, acho que é necessário uns 4 ou 5 meses pra mim me firmar, pra pegar um emprego fixo. Ai eu acho que eu me recupero. (Participante nº 8).

Contextualizando este último trecho, o participante referia-se à necessidade de esperar alguns meses, durante os quais tentaria manter completa abstinência e ao cabo dos quais poderia se considerar “firme” o suficiente para procurar um emprego. Esta idéia relaciona-se com a idéia de necessidade de internações prolongadas e também com a de necessidade de tratamento intensivo e/ou permanentemente – refletem um entendimento de que o alcoolista em tratamento é vulnerável e precisa acumular certo tempo de abstinência em isolamento ou sob proteção, para assim criar forças para manter-se sóbrio.

Entendendo o alcoolismo estritamente como uma doença, o sujeito pode assumir amplamente o papel de doente, no qual ele pode ser parcialmente desresponsabilizado por seu estado e dispensado de certas expectativas e obrigações sociais, desde que se comprometa a procurar ajuda em local competente e cumpra o tratamento indicado (Alves, 1993). O sujeito deixa de incluir em seus planos a questão ocupacional,

ou ao menos, do trabalho; ou seja, adia para após a recuperação um fator apontado como contribuinte para a própria recuperação, como discutido nas categorias sobre experiências de recuperação e de voltar a beber.

Quanto a outros aspectos da vida, de modo geral, a maioria dos participantes (oito) referiu ter esperanças e/ou expectativas positivas (6.5.2). Diferente dos projetos, aqui se trata de coisas que os entrevistados esperam que sejam melhores no futuro, não de planejamento de suas próprias ações. Foram mencionadas principalmente esperanças inespecíficas, de vida melhor em sentido amplo, mas também algumas mais detalhadas, como encontrar nova companheira ou manter o círculo de amizades:

Quero estar casado já. De novo. Se deus quiser! [largo sorriso] se deus quiser. E eu quero uma companheira pra me ajudar assim, ó, uma que não beba, que senão não dá certo. E que não me deixa beber. Quero chegar em casa de tardezinha e 'vamos tomar um chimarrão.' Participante nº 4.

- *Então tu acha que daqui a um ano a vida vai estar bem melhor?*

- *Bem melhor. Pode ter certeza.*

- *Explica um pouco melhor. Melhor em quê?*

- *Eu acho que financeiramente. Fisicamente, mentalmente. Entendeu? Familiar. Acho que no geral.* Participante nº 5.

Os trechos incluídos sob este código (6.5.2), em sua maioria, foram retirados das respostas dos pacientes à pergunta “como gostaria que estivesse a sua vida daqui a um ano?” Note-se que, no roteiro de entrevista, a pergunta é “como acha que vai estar sua vida daqui a um ano?” A maioria dos pacientes teve dificuldades para responder, ou afirmou que não havia como responder esta pergunta; diante desta reação, a pergunta foi refeita para “como gostaria...”. Verifica-se que, no campo hipotético, a maioria dos pacientes mostra-se otimista, afirmando esperança de uma ampla melhora em sua vida. No entanto, ao ser questionado sobre seus projetos (o que implica decisões, finalidades e planos concretos), a maioria dos participantes (nove) referiu dificuldade ou até impossibilidade de fazer projeções de médio-longo prazo (6.5.3), como ilustram os trechos abaixo:

Eu vivo só por hoje, hoje eu não vou beber. (...) Porque eu não posso pensar a longo prazo, porque senão se torna

um fardo muito pesado pra mim. (...) Eu imagino minha vida só por 24 horas, a hora que eu acordo, eu já estou organizado pra trabalhar pra fazer minha vida naquele dia, cumprir com meus objetivos naquele dia. (...) Então naquele dia eu tento cumprir com aqueles compromissos. O próximo dia é o próximo dia. Entende, eu não posso pensar daqui a 2, 3 dias, daqui uma semana. Participante nº 3

- *Como tu acha que vai estar a tua vida daqui a um ano?*

- *Ah, doutor, isso aí eu não posso lhe dizer...*

- *Por que não?*

- *Porque assim como eu posso estar conversando aqui numa boa, eu saio ali e me dá um treco ali e pff! (faz gesto indicando uma queda ou morte), que que eu posso lhe dizer?...*

- *Vou perguntar de outro jeito: como tu gostaria que estivesse a tua vida daqui a um ano?*

- *Que seja melhor do que esse ano que nós tamo passando, né?*

- *Melhor como?*

- *Bastante saúde pra mim, pra minha família, pra todas as pessoas que precisam de saúde.* Participante nº 6.

A minha vida tá... como vou explicar... tá abalada, minha vida tá abalada. Eu não sei que rumo eu pego. Que nem aquela história do cego no meio do tiroteio, eu não sei pra que lado eu vou. Participante nº 13.

A dificuldade de fazer projeções pode ser em função das próprias circunstâncias do momento crítico que está vivenciando, como no caso do participante nº 13. No entanto, pode também ser produto da incerteza que o sujeito tem em relação a seu futuro, como no caso do participante nº 6, que contempla a possibilidade de morrer em breve. Nestes casos, a perspectiva de vida encontra-se bastante restrita, de modo que o sujeito não encontra motivos e/ou oportunidades de pensar qualquer outro projeto de vida que não seja um que o mantenha rigidamente dentro do papel de doente. Já no primeiro exemplo acima, não há tanto uma dificuldade quanto uma recusa do paciente em fazer projeções. A idéia de organização da vida em termos imediatos, centralizada na tarefa de manter a abstinência no dia corrente, demonstra o esforço deste sujeito em implementar o discurso do AA (do qual ele participou ativamente há alguns anos).

Estas posturas em relação aos projetos de vida são refletidas também em outras subcategorias analisadas anteriormente, como na grande valorização da abstinência, na priorização da realização de tratamento em detrimento de outras estratégias que exigiriam postura mais autônoma do sujeito, bem como na reorganização da identidade em função da cronicidade da doença. Observa-se com isto certa tendência destes sujeitos de assumirem amplamente um papel de doente e de manterem atitude passiva quanto ao próprio futuro. Isto pode ser parte da explicação da reprodução de ciclos de melhoras (variáveis em duração e amplitude), recaídas e reinternações – os pacientes cumprem o prognóstico da doença crônica e paradoxalmente adiam outros aspectos da vida para depois de um tratamento que eles acreditam que pode não ter fim.

No entanto, comparando diferentes trechos da mesma entrevista, verifica-se que há ambivalências. O mesmo participante pode referir, por exemplo, planos para voltar ao trabalho, projetar envolvimento ativo na criação do filho e ao mesmo tempo referir organizar a vida apenas em torno da manutenção diária da abstinência, sem possibilidade de pensar a médio ou longo prazo (que é o caso do participante nº 3). Isso indica o descompasso entre o imperativo da abstinência como meta única do tratamento e as questões que dão fundamento para o sentido existencial. Sendo assim, a complexidade do processo de reorganização dos projetos de vida e, conseqüentemente, das identidades dos pacientes são pouco consideradas na maioria dos processos de tratamento. O papel de doente assumido por estes sujeitos deveria ser flexibilizado, dando espaço para atitudes mais ativas e autônomas, para que outros papéis possam também ser assumidos e para que outras estratégias sejam implementadas, para além do tratamento vigilante da abstinência.

Finalmente, o último código desta subcategoria refere-se às afirmações de intenção de fazer boas ações (6.5.4), deixado à margem da discussão principal desta subcategoria em função da baixa frequência (apenas três manifestações, de três sujeitos) e do conteúdo menos relevante. São manifestações de desejo de fazer coisas que sejam reconhecidas como boas ações, como neste exemplo:

Queria fazer coisas boas para as pessoas, não gosto de maldade com ninguém. Queria andar bem-arrumado, assim... pras pessoas sentirem orgulho de mim, mas... é difícil. Participante nº 8.

Estas colocações remetem à discussão anterior sobre as subcategorias 5.1 e 5.2; são expressões do desejo destes pacientes de serem reconhecidas pelos outros algumas das qualidades morais que afirmaram sobre si. Relacionam-se com a discussão desta subcategoria na media em que podem ser interpretadas como um complemento à questão das ambivalências referida acima. Nestas colocações, os pacientes reivindicam um reconhecimento moral, por ações positivas, o que é mais um exemplo da abertura possível na rigidez do papel de doente crônico; isto indica que estes sujeitos poderiam se sentir gratificados com o desempenho de outros papéis.

Categoria 7 – Contexto de vulnerabilidades e recursos

Esta última categoria abrange os relatos que permitiram caracterizar o contexto atual destes sujeitos, quanto às situações de vulnerabilidade em que se encontram e quanto aos recursos de que dispõem para enfrentar seus problemas. A utilidade conceitual desta categoria reside na capacidade de referir um conjunto de circunstâncias favoráveis e desfavoráveis ao alcoolista em tratamento; remetendo aos conceitos fundamentais de Velho (1999), pode-se situar o **contexto de vulnerabilidades e recursos** como um recorte do *campo de possibilidades* do sujeito.

Passando ao conteúdo das entrevistas, novamente constata-se a destacada importância atribuída à família, tanto pela valorização dos vínculos suportivos quanto pelo impacto negativo da carência destes e do conflito familiar. De modo geral, os participantes descrevem um momento em sua trajetória que é marcado pelo acúmulo de certos prejuízos sociais em função do alcoolismo e também por uma predominância de estados psicológicos negativos, associados a estes prejuízos e à frustração pela recorrência de tratamentos com resultados pouco animadores.

Na **subcategoria 7.1** constam os códigos referentes às **vulnerabilidades nos relacionamentos familiares**. A principal vulnerabilidade (relatada por dez participantes) é a retirada parcial do suporte social proporcionado pela família, na medida em que os familiares passam a se distanciar do paciente ou restringem o apoio que estão dispostos a oferecer-lhe (7.1.1). São diversas as situações relatadas; há casos em que parte da família retira sua disponibilidade para envolver-se com o paciente de qualquer maneira, restando por vezes apenas uma pessoa com quem ele pode contar. Em outras

situações, a família mantém parcialmente seu envolvimento, por exemplo, enviando roupas e material de higiene para a internação, mas sem visitar; ou então, dispondo-se a ajudar o paciente em outras situações, mas não em recaídas. Há ainda situações de distanciamento, em que familiares e paciente não se procuram já há algum tempo. Abaixo alguns exemplos:

Não. Contato, assim, de apoio deles... não. Quem me ajudava era minha irmã. Aquela me largou de mão. Ah, largou não, ela dá apoio assim, mas... meio retirada. Convivemos, se demo bem e tudo, mas... com meu irmão... meu cunhado... só que assim... se é por causa duma doença clínica, aí eles correm me ajudar. Mas se for por causa da bebida... aí não. Participante nº 4.

A mãe e o pai ainda me dão força. Um irmão também. Mas o resto... não tá nem aí, cada um por si e deus por todos... cada um pro seu lado. Participante nº 13.

A minha família é um pra lá, outro pra cá, mas a gente se dá bem. Participante nº 7.

Estes exemplos provavelmente refletem histórias familiares em que a longa trajetória de conflitos e cuidados associados ao alcoolismo chegou a um ponto de esgotamento, em que os membros da família já não estão dispostos ao mesmo nível de envolvimento de antes (ou a envolvimento algum), possivelmente já descrentes de que uma recuperação duradoura seja possível.

Outra situação diz respeito ao relacionamento com os familiares que ainda estão intensamente envolvidos; são relatos dos participantes sobre conflitos familiares recentes (7.1.2), que fazem parte do contexto de chegada à internação atual e com os quais eles precisarão lidar ao receberem alta.

Eu tenho os problemas pra resolver em casa... e eu to bem aqui, mas eu não sei se eu vou ta igual lá, quando eu chegar. Porque lá vai ser outro ambiente, é outro ambiente, hã... tem a minha mãe, que vai vir conversar comigo, de repente a minha irmã. Alguém vai me dizer alguma coisa, sei lá, sobre alguma coisa, algum problema, né (...). Não sei como é que eu vou me sentir. Participante nº1.

Só que aí eu disse que o apartamento era meu, e quem devia sair era ela. E ela saiu. E pronto. (...) Então ela resolveu ir pra lá e a as irmãs dela tão apoiando e pronto, e é isso que tá acontecendo, eu vou voltar pra casa, quero ver se não encontro ela lá, só vou ver meu filho, vou pagar pensão pro meu filho e chega. Participante nº 3.

No contexto atual destes pacientes, a resolução de tais conflitos é um desafio cujo resultado pode influenciar sua recuperação, conforme o que se discutiu aqui acerca da associação entre conflito familiar e abuso de álcool. Dos sete participantes que relataram conflitos neste contexto, quatro referiram-se a conflitos com familiares (mãe e/ou irmãos) que os estão acolhendo para ajudá-los e três referiram-se a conflitos conjugais. Em ambos casos, distinguem-se dois tipos de reação: ou o paciente mostra-se ressentido e disposto a afastar-se dos familiares/separar-se da companheira, ou, como no exemplo do participante nº 1, o paciente planeja voltar para casa e manifesta sua apreensão acerca de como será o reencontro com os familiares.

Em situações em que o paciente tende ao afastamento da família ou à separação conjugal, ele estará rompendo vínculos e precisará encontrar outras referências de suporte social e outras oportunidades de interações sociais construtivas. Do contrário, é provável que ele sofra os efeitos negativos associados às dificuldades de suporte e inserção social, residindo aí a vulnerabilidade de sua situação. Já quanto aos sujeitos que contemplam o retorno ao convívio familiar em meio ao conflito, estarão vulneráveis na medida em que a persistência do conflito pode contribuir para uma recaída.

A convivência com a desconfiança dos familiares **(7.1.3)**, expressa por quatro participantes, é apontada por eles como um dos motivos tanto para o distanciamento quanto para o conflito familiar. A desconfiança é referida pelos participantes como o ceticismo dos familiares quanto à sua recuperação, ou quanto ao seu efetivo comprometimento com o tratamento, como ilustram estes trechos:

Nem eles acreditam mais na minha recuperação. Já foi dito dentro de casa. Participante nº 13.

Olha, reagem sempre com uma desconfiança, né, que... já sendo pela quinta vez... sempre dá uma desconfiança, que vai voltar pra casa e pode voltar a fazer uso de novo, né? Então não tem aquela confiança mais de... de... de ser

assim, não, agora tá recuperado, não tem perigo, não tem problema, né. Participante nº 2.

Apesar de por vezes se referirem aos familiares em tom queixoso ou de revolta, como nos trechos relativos ao conflito familiar enquanto motivo de recaída, ou nos relatos sobre abandono e perda de apoio familiar, doze pacientes fizeram afirmações explicitamente empáticas (7.1.4), ponderando as motivações dos familiares, demonstrando perceber seu sofrimento e assumindo alguma responsabilidade por isso:

Aí eles começaram me dando apoio. E me dando apoio, dando apoio. Até numa terceira internação... depois me largaram de mão. A família cansa, cansa. Além da pessoa sofrer, a família sofre mais ainda. Participante nº 4.

E pensa bem, como é que uma mulher vai meter com um cara bêbado louco dentro de casa? Não tem como. A solução foi chamar a polícia. E eu não tiro a razão dela. (...) Ela chegou a chorar, 'eu não queria fazer isso pra ti'. Eu falei 'mas vamos que tu não fizesse isso aí comigo, e eu, do jeito que eu tava, com uma faca, dou uma facada na minha filha, que deus o livre'. Nessas alturas eu não tenho queixa dela, ela fez bem. Participante nº 12.

Destaca-se outra ambivalência no discurso destes entrevistados, desta vez quanto ao relacionamento familiar. Note-se, por exemplo, que o participante nº 12, em outro momento da entrevista, aludiu ao mesmo episódio (a esposa acionou a polícia para contê-lo e ele foi internado compulsoriamente) em tom de revolta, afirmando que a esposa não deveria ter feito isto. Um mesmo incidente que pôde ser narrado como mobilizador de revolta e que tornou-se motivo de recaída (ver o trecho transcrito no item 2.2.2), e que também pôde ser narrado como mobilizador de empatia pelo sofrimento dos familiares, podendo levar o sujeito a percebê-lo como exemplo de um prejuízo decorrente do uso de álcool. Isto evidencia a complexidade das relações destes sujeitos com suas famílias, de forma que já não se pode pensar a dinâmica destas famílias contando com um processo linear de apoio familiar → abstinência → cessação dos conflitos.

Outras situações de vulnerabilidade foram agrupadas na **subcategoria 7.2. Vulnerabilidades sociais e de saúde**, abrangendo dados sobre condições de moradia e sustento, situação ocupacional,

interações sociais e problemas de saúde. Quanto às condições de moradia e sustento (7.2.1), há vários pacientes em situação complicada. Dois deles não tinham moradia nem dinheiro no momento; seis moravam na casa de familiares ou em casas/anexos construídos junto à casa de familiares; quatro moravam sozinhos (três destes em função de separação conjugal recente); nove não tinham qualquer fonte de renda no momento; dois tinham algum benefício previdenciário.

A moradia na casa de familiares (ou em construções em seus terrenos) propicia suporte social, ou no mínimo evita a situação de morar sozinho (relembrando que a solidão foi referida como motivo para voltar a beber e que a literatura associa o fato de morar sozinho ao abuso de álcool). Contudo, pode também ser motivo de conflitos, como nos casos em que o familiar acolhedor tenta impor certas regras e/ou cobrar abstinência (situação dos pacientes n^{os} 2, 8 e 9, por exemplo, sendo que os dois últimos chegaram a sair da casa do familiar, mesmo não tendo aonde ir).

A precariedade ocupacional (7.2.2) também pode ser considerada uma situação de vulnerabilidade, devido às associações da ocupação com a recuperação e com a recaída, já discutidas anteriormente, bem como em função de suas implicações em termos de ausência de renda e de tempo ocioso (este também apontado por alguns participantes como fator contribuinte para a recaída). Cinco participantes relataram estar sem trabalho há pouco tempo e estavam tendo dificuldades para conseguir novos trabalhos ou não estavam procurando no momento; quatro participantes estavam sem trabalho há longo tempo e ocupavam-se apenas com algumas tarefas domésticas. Um participante relatou fazer biscates esporádicos apenas para obter dinheiro para comprar cachaça.

Dez participantes referiram conviver com algum outro tipo de problema de saúde (7.2.3) que lhes impunha restrições em seu cotidiano. Foram relatadas queixas de dores crônicas, seqüelas de acidentes (fraturas), seqüelas atribuídas ao alcoolismo (problemas gastrointestinais, enfraquecimento e lapsos de memória), e sintomas depressivos e de ansiedade. Os problemas relativos a dores, enfraquecimento e dificuldades motoras (seqüelas de acidentes) foram referidos como impedimentos para o trabalho e obstáculos à frequência ao Caps. Outros estudos já verificaram que dificuldades de locomoção podem prejudicar a adesão a tratamentos (Laudet & cols, 2009). Já os problemas atribuídos ao alcoolismo foram apontados como motivos para manter a abstinência:

Tem dias que eu vou no banheiro, catarrear, e é sangue. Sangue, sangue mesmo. E me dá umas dor, dor mesmo, embaixo da costela, falei com o doutor, ele disse que isso é da cachaça, que eu tenho que me cuidar. (...) Então é por isso, doutor, que eu vou parar mesmo. Não vou beber mais, e não vou beber mais, mesmo. Participante nº 12.

Por fim, outra situação que pode ser considerada de vulnerabilidade diz respeito à reclusão ou à escassez de amizades (7.2.4). Seis participantes relataram pobreza de interações sociais para além do círculo familiar que ainda mantém envolvimento; quatro deles referiram pouco sair de casa, não tendo qualquer atividade fora, e todos afirmaram manter contato apenas superficialmente com vizinhos e amigos, como ilustram as seguintes falas:

- *Eu não, eu gosto de ficar quieto, no meu canto, sozinho. Acostumei assim.*

- *E as amizades, o senhor tem amigos?*

- *Ah, tem.*

- *Moram lá perto?*

- *Passam, assim, conversam...*

- *Se reúnem de vez em quando?*

- *Não, só "adeus", conversam, assim, de passagem (...) passo o dia inteiro em casa...* Participante nº 7.

- [Amigos] *De verdade... é meia dúzia.*

- *São pessoas com quem tu conversa, que vê seguidamente?*

- *Não que eu vejo seguidamente, mas que eu possa confiar e acreditar... são 6, 7.*

- *São pessoas com quem tu se reúne de vez em quando pra fazer alguma coisa?*

- *Não.(...)*

- *Vinha passando o dia em casa?*

- *Sim.*

- *Como é passar o dia em casa?*

- *Assistindo televisão, lendo... saindo um pouco pra fora...* Participante nº 13.

Além do conteúdo, chama a atenção a forma de expressão predominante entre os entrevistados ao responderem sobre este assunto. Como nos exemplos acima, a maioria dos que se manifestaram neste

sentido respondeu com monossílabos e hesitações, desenvolvendo pouco as respostas, mesmo diante de alguma insistência do entrevistador. Isto parece reforçar as respostas explícitas verbalizadas, no sentido de refletir que de fato há uma escassez de interações sociais no cotidiano destes sujeitos, a qual eles vêm aceitando passivamente, sem demonstrar grande impacto afetivo por isso. Sujeitos nesta situação podem estar sendo bem-sucedidos na evitação de estímulos ao consumo, principalmente se os compararmos com o relato do participante nº 10, que afirmou que seu único círculo social fora de casa são amigos cujas reuniões são sempre com o propósito de consumir álcool e outras drogas.

Porém, como já apontado antes nesta análise, estes sujeitos têm se acostumado a uma rotina bastante restrita e reclusa, que pode implicar os efeitos negativos da desocupação e da solidão, já discutidos anteriormente. A pobreza de interações sociais pode diminuir as possibilidades de conseguir trabalho ou outra atividade gratificante, assim como restringe as possibilidades de lazer que poderiam ser alternativas saudáveis. Dados como este têm sido investigados com mais atenção no campo das dependências de substâncias em função do crescente reconhecimento da importância da intersubjetividade.

Tomando por exemplo as considerações de White (2009), sobre a resolução de problemas com álcool ser mediada por processos sociais, e sobre a compreensão desta resolução como um processo de transposição de uma cultura de adição para uma cultura de recuperação. Em última análise, esse tipo de rotina referido pelos pacientes, marcado pela escassez de interações sociais, pode representar a saída da cultura de adição, mas dificilmente oportunizará o engajamento em uma cultura de recuperação.

A passividade dos sujeitos, acostumando-se a este modo de vida recluso, remete também aos seus relatos sobre suas projeções para o futuro, que evidenciaram poucos planos concretos para além da realização de tratamento e da evitação de estímulos ao beber. Os dados desta subcategoria vão no mesmo sentido, dando conta de que estes sujeitos estão implementando projetos de vida condizentes com um papel passivo de doente crônico. Recorrendo ao conceito de Velho (1999, 2001), projetos de vida são construídos e implementados em um determinado campo de possibilidades, que inclui a interação com outros projetos, de outros sujeitos. Reduzindo-se a tal ponto as interações sociais do sujeito, tão mais restrito pode se tornar o seu campo de possibilidades e a gama de projetos individuais possíveis para ele.

Os relatos dos entrevistados acerca dos vínculos e interações que poderiam lhes ser favoráveis no contexto atual foram codificados sob a **subcategoria 7.3. Interações sociais viabilizadoras**. Mais uma vez, a frequência elevada de alusões à família confirma sua destacada importância dentre as fontes de suporte social e interações destes entrevistados. Dez deles referiram algum nível de manutenção de apoio e/ou de bom relacionamento familiar (7.3.1). Destes, um referiu apenas o contato superficial, mas cordial, com os irmãos que moravam no mesmo terreno. Os demais afirmaram variado número de familiares envolvidos, em variados níveis; há desde casos de apenas um familiar que oferece acolhimento eventual, até casos de amplo apoio de vários membros, que se mobilizam econômica e/ou afetivamente, ajudando a prover moradia, sustento e/ou incentivo ao tratamento, como exemplificado a seguir:

Bebo tudo de cachaça [o que ganha em biscates], não ajudo com um pila em casa, a mulher segura tudo. E não renega um prato de comida. Não fala nada. Participante nº 10.

*Tem dois irmãos que moram do lado também, cada um tem sua peça, no mesmo terreno. A gente se dá bem. (...)
- Fazem alguma coisa juntos?
- Não. Conversemo... eu tenho a luz, que eu pago, meu irmão paga a água... esse meu irmão que tá doente, ele não pode pagar, porque... não pode trabalhar. Participante nº 7.*

Eu tenho um sobrinho meu, que me quer muito bem. Mas quando eu bebo... ele bebe, também. Mas é diferente, eu chego na casa dele, eu posso chegar bêbado... mas não esculhambando, né? Eu chego bêbado, aí eu tomo meu banho, janto e vou dormir. Ele me quer muito bem, meu sobrinho, nunca me queimou e disse 'olha, tio, a hora que precisar, pode chegar aqui.' Participante nº 12.

Minha família é muito assim, nós somos muito agarrados um com o outro, entende? (...) E a família é muito unida, pra se reunir, assim pra comer, sabe? (...) Minhas irmãs tão me apoiando. Minhas irmãs tão apoiando as dívidas que eu tinha. Participante nº 3.

Tem, apoio tenho. Me incentivam, minha mãe me dá tudo que eu preciso. Participante nº 5.

Apesar de variável em termos de quantos membros estão disponíveis e do quanto estão dispostos a se envolver com o paciente, os vínculos familiares aparecem novamente com destaque e, mesmo em casos em que já existem grandes restrições, com poucas pessoas ou pouco envolvimento, a família ainda é apontada como principal ou única rede de interações e suporte social. Note-se o contraste com os relatos sobre outros vínculos importantes para além da família (7.3.2), apresentados por apenas três pacientes: dois deles mencionaram a importância da comunidade religiosa de que participavam e um deles referiu seu vínculo com o patrão, dono da fazenda onde trabalhava.

Cabe ressaltar também que dentre estes três participantes, um encontrava-se com apoio familiar bastante restrito, podendo contar apenas com o apoio do pai, já idoso e doente, em cujo terreno o paciente fizera sua casa (participante nº 4); este valorizava o apoio dos amigos da religião, como já exemplificado anteriormente. O participante nº 9 estava num contexto de ruptura dos vínculos com os familiares com quem morava, por conflito recente, e mantinha a expectativa de que os amigos da igreja lhe provassem moradia e alternativas de sustento; tinha ainda uma namorada, também da comunidade religiosa. Já o participante nº 12, que contava apenas com o acolhimento esporádico de um sobrinho, valorizava o vínculo com o dono da fazenda, onde tinha moradia e onde exercia um trabalho que considerava gratificante e reconhecido pelo patrão.

Retomando outras passagens destas três entrevistas, compreende-se a importância destes vínculos para estes sujeitos (ver, por exemplo, a religião no contexto de recuperação e a confiança do patrão entre as qualidades morais). São contextos de interação em que estes sujeitos estabelecem vínculos importantes em termos afetivos, onde eles encontram suporte social e que oportunizam atividades gratificantes – ou seja, são interações que correspondem a uma cultura de recuperação e, no caso destes sujeitos, tornam-se ainda mais relevantes em função do distanciamento da família. São exemplos de interações que poderiam aumentar as chances de recuperação e melhora geral na vida de dependentes de álcool, mas que não estão disponíveis no contexto da maioria dos entrevistados, em função da organização de suas vidas de modo passivo, recluso e centrado na abstinência.

Finalmente, a **subcategoria 7.4 - Estados psicológicos atuais**, reuniu os códigos referentes às manifestações explícitas e verbais dos

pacientes acerca de seus sentimentos, em relação ao momento que estavam vivendo. Seis participantes referiram afetos negativos (7.4.1), mais especificamente: frustração por perdas sofridas ou por não conseguir a ajuda esperada; arrependimento e sentimentos de culpa por conflitos familiares; e infelicidade.

Aí hoje, doutor, eu tô arrependido do que eu fiz, olha, eu tô arrependido. E perdi a família, perdi casa... (...) Não era motivo de ter feito aquilo ali. Agora é tarde, né?
Participante nº 12.

Eu passei por bastante coisa, bastante mesmo, bei... muita coisa. Quem, às vezes quem eu achei que podia me ajudar... pelo contrário. Só me deu empurrão pra mim cair. Ou quem às vezes eu achei que tava me ajudando, tava sendo falso comigo. Participante nº 1.

Uma pessoa infeliz... [sobre si mesmo] porque... pessoa que tem que ficar se internando toda hora em hospital... eu não concordo. Participante nº 2.

Apenas três participantes referiram afetos positivos (7.4.2) – sentimentos de felicidade atribuídos a laços familiares (participante nº 6) ou à influência divina (Participante nº 9), e também a sensação de acolhimento experimentada no momento no hospital (Participante nº 3). Estes afetos positivos correspondem a certos tipos de vínculo que foram discutidos anteriormente quanto ao seu efeito favorável à recuperação: vínculo familiar, mais especificamente em relação às crianças (o participante nº 6 referia-se no trecho em questão à felicidade de ter as netas perto dele), vínculo religioso e vínculo com profissionais de saúde.

Quanto aos afetos negativos, há estudos que os apontam como fatores de recaída, principalmente os do espectro depressivo e de ansiedade (Alvarez, 2007; Zywiak & cols., 2006). Não sendo este o foco deste trabalho, não havia questões específicas sobre isso na entrevista, de modo que esta subcategoria foi criada para dar conta de relativamente poucas verbalizações, pulverizadas em meio a outros assuntos; encontram-se aqui apenas algumas manifestações depressivas que vão ao encontro do que os estudos mencionados indicam. Mais relevante neste sentido são as referências à ansiedade, discutidas anteriormente enquanto vulnerabilidade (sintomas de ansiedade prévios ao alcoolismo) e enquanto característica da relação com o álcool e com os medicamentos (expectativa de efeito ansiolítico).

7. Considerações finais

A revisão da produção recente de pesquisas sobre o alcoolismo evidencia larga predominância de abordagens quantitativas, baseadas em referenciais biológicos, comportamentais e cognitivos, partindo de uma compreensão principalmente biomédica da saúde. Também se verifica que as modalidades mais convencionais de tratamento – farmacoterapia e psicoterapias comportamentais/cognitivas – têm apresentado eficácia modesta. Em função disto, tem se discutido recentemente a necessidade de ampliar o escopo das pesquisas na área, a fim de abordar outros possíveis determinantes das vicissitudes do alcoolismo e de produzir uma compreensão do fenômeno que seja mais

abrangente e mais próxima da realidade concreta dos sujeitos dependentes.

Este estudo se propõe a contribuir neste sentido, investigando a recorrência de recaídas em dependentes de álcool através de uma abordagem prioritariamente qualitativa. Buscou-se aqui apreender os sentidos que alcoolistas atribuem às suas experiências de tratamento, de recuperação e de recaída, bem como descrever os contextos que criaram condições de surgimento e de manutenção do alcoolismo; também se procurou abordar os modos como os indivíduos organizam suas ações em função destas experiências e destes contextos, a fim de compreender como se dá a recorrência de recaídas em suas trajetórias.

Mais do que uma compreensão do “como”, também se almejou uma compreensão do “porquê”; assim, a codificação e análise de dados seguiu a proposta da teoria fundamentada nos dados, a fim de produzir uma teorização acerca de alguns fatores determinantes da recorrência de recaídas na trajetória destes sujeitos. Um ponto controverso da teoria fundamentada é a dispensa de um referencial teórico *a priori*, para que de fato se privilegie a informação que emerge dos dados na elaboração de explicações para os fenômenos, minimizando a possibilidade de o pesquisador “acomodar” os dados a esquemas conceituais pré-determinados (Charmaz, 2009).

Entre autores que utilizam a teoria fundamentada, há certas divergências sobre o grau em que o pesquisador deve afastar-se de teorias preconcebidas ao empreender uma pesquisa (Chen & Boore, 2009), mas certamente não se trata de uma completa abdicação de um referencial teórico, sem o que é impensável qualquer produção científica. Há que se considerar que um pesquisador não tem como despir-se de determinada visão de mundo, de sujeito e de produção de conhecimento, o que necessariamente o remete a algum conjunto teórico fundamental. Embora a perspectiva da teoria fundamentada destaque a importância do trabalho indutivo, em que novos conceitos devem emergir para explicar um fenômeno, isto não significa reinventar uma teoria sobre o assunto a cada novo estudo; nem os conceitos emergentes serão totalmente originais, tampouco a teorização proposta será uma explicação amplamente generalizável.

Os conceitos que emergem no processo de análise de dados refletem a bagagem teórica do pesquisador e se situam dentro de determinada concepção de sujeito e determinada postura epistemológica. Estes conceitos devem ser originais no sentido de terem sido formulados o mais estritamente possível por sugestão do que se

verifica nos dados coletados, de tal forma que o pesquisador crie uma organização conceitual para o que observou, para evitar a possibilidade de “forçar” os dados dentro de um esquema predefinido. No entanto, estes conceitos precisam dialogar com teorias existentes, sendo que sua originalidade será no sentido de especificar, refinar, corroborar ou suplantar idéias já estabelecidas sobre determinado assunto (Charmaz, 2009). Quanto ao alcance explicativo destes conceitos (generalização), ocorre o mesmo que com as pesquisas qualitativas de modo geral: os resultados são confirmados e as explicações ganham robustez conforme se acumulam estudos semelhantes com conclusões convergentes.

Outra crítica ao emprego da teoria fundamentada é que muitos estudos que afirmam utilizá-la produzem análises que em nenhum momento superam o nível descritivo, sem efetivamente produzir categorias com algum valor conceitual ou sem elaborar uma teorização, ou seja, uma articulação das categorias que aprofunde a análise dos dados ou que proponha uma explicação para o que foi observado (Charmaz, 2009; O'Connor, Netting & Thomas, 2008).

O que é aceitável como “teoria” também é um ponto bastante polêmico. Uma definição bastante abrangente e útil é a de Strauss e Corbin (2008), que caracteriza uma teoria como um conjunto de conceitos associados por enunciados de relação, cujo conjunto constitui uma estrutura integrada que pode ser utilizada para explicar ou antever fenômenos. Charmaz (2009) apresenta uma compreensão semelhante, porém traça uma distinção entre duas formas básicas de se realizar teorizações: a positivista e a interpretativa. Na primeira, os conceitos são em geral tratados como variáveis e suas relações são verificadas através de testes de hipóteses, visando generalizações e predições. No segundo tipo, a ênfase é a compreensão e não a explicação, sem um raciocínio de causalidade linear, tomando a verdade como algo provisório e a vida social como um processo.

Na tradição interpretativa, admite-se o aspecto subjetivo da teorização, enquanto exercício de interpretação sobre dados construídos na interação com os participantes, sem pretender que os dados sejam verdadeiros por si mesmos nem que a análise tenha um grau de objetividade incompatível com o processo de obtenção dos dados. Neste estudo, conforme a perspectiva epistemológica estabelecida no início do trabalho, necessariamente a teorização alinha-se com esta corrente interpretativa.

Neste sentido, a escolha da abordagem fenomenológica como teoria de base para a presente pesquisa, com base em Schutz,

complementa a preocupação metodológica da teoria fundamentada de deixar os dados falarem antes de interpretá-los, pois esta filosofia tem como pressuposto principal a “volta às coisas mesmas”, enquanto uma recusa das “argumentações doutrinárias e dos sistemas autocoerentes em proveito das interrogações nativas suscitadas pelo mundo à nossa volta e das quais nossa viva reflexão se alimenta” (Depraz, 2007, p. 27). A fenomenologia tem como ênfase principal a compreensão do fenômeno enquanto conjunto de relações entre o sujeito e o mundo que o cerca, portanto, busca superar os reducionismos que se sustentam somente no ponto de vista do sujeito, bem como nos que se sustentam na simples determinação objetivista, precisando dar conta desta dialética entre sujeito-objeto.

A codificação e análise dos dados procurou elaborar categorias privilegiando o processo indutivo, através do recurso das comparações constantes de dados com dados. O processo gerou duas categorias (1 e 7) de caráter mais descritivo, referentes à contextualização do momento atual que vivenciam os entrevistados e do momento que descreveram como o início do alcoolismo em suas vidas. Outras cinco categorias, referentes a ações, reflexões e experiências dos indivíduos, puderam ser elaboradas de forma mais analítica, a fim de oferecerem alguma utilidade conceitual para uma teorização sobre o fenômeno da recorrência de recaídas.

A análise de dados comporta a descrição das categorias e o estabelecimento das relações entre estas, porém de forma dispersa, ao longo das descrições das subcategorias; por isso, retomam-se aqui apenas as categorias, resumizando a teorização que permeia a análise e a possível compreensão analítica do fenômeno em questão.

a) Experiência passiva de tratamento

Caracteriza uma forma de significação da experiência de tratamento em que o sujeito se situa passivamente em relação à intervenção profissional e institucional. Abrange dimensões de expectativas (cura com intervenção pontual), idéias (necessidade de reclusão e disciplina para evitar os estímulos ao consumo) e ações (manutenção do hospital como principal/única modalidade de tratamento; busca de tratamento apenas em situações críticas pontuais; repetição destas ações a despeito do resultado pobre). A experiência passiva de tratamento pode ser considerada uma reação adaptativa do sujeito à oferta de tratamento nas modalidades biomédicas mais convencionais. Adotando esta forma de atribuir sentido ao seu tratamento, o sujeito mantém uma atitude passiva e repetitiva, a despeito

de perceber poucas mudanças, que é justificada pelo caráter de doença crônica atribuído ao alcoolismo.

b) Experiência ambivalente de recuperação

O sujeito pode referir melhorias em sua saúde e em sua vida de modo geral, porém não considerar estas melhorias como um movimento de recuperação do alcoolismo. Também ocorre de o indivíduo contabilizar períodos de abstinência como momentos de recuperação, a despeito de não haver qualquer outra mudança significativa em sua vida. E ainda o sujeito pode reconhecer momentos de recuperação, mas ao mesmo tempo considerar que nunca alcançou recuperação do alcoolismo, ou reconhecer melhorias parciais e não reconhecer uma recuperação propriamente dita por definir esta como uma abstinência permanente.

A idéia de experiência ambivalente de recuperação define esta forma complicada de atribuição de sentido à experiência de recuperação, que guarda tais discrepâncias em função de refletir uma compreensão do alcoolismo estritamente em função do comportamento de beber e a ênfase na abstinência como meta de recuperação, típicas dos modelos de tratamento a que se submeteram. O sujeito percebe melhorias de saúde e/ou em outros aspectos da vida igualmente prejudicados pelo alcoolismo, porém tende a avaliar suas possibilidades de recuperação apenas em função do tempo de abstinência acumulado.

c) Processo de recaída

A mesma compreensão de alcoolismo e a mesma ênfase na abstinência, que suscitam a experiência ambivalente de recuperação, também levam a uma compreensão de recaída enquanto violação da abstinência. No máximo, encontram-se distinções entre o lapso (violação única) e a recaída propriamente dita (violação seguida de retorno ao consumo regular) – da mesma forma, lógica típica dos serviços que freqüentaram, como hospitais, grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas. Os relatos dos entrevistados indicam que o reinício do consumo e a retomada do consumo intenso até o recrudescimento da síndrome de dependência precisam ser entendidos como um processo, que pode ser muito curto (retorno imediato à dependência após a quebra da abstinência), como também pode ser longo e gradual, inclusive com períodos de manutenção de uso moderado.

A noção de processo de recaída reflete as afirmações dos alcoolistas acerca do caráter voluntário das suas ações neste sentido, em que resolvem reiniciar o consumo sob diversas circunstâncias e a partir

de diversas motivações, bem como resolvem interromper, manter ou aumentar o consumo também em função de variados fatores e circunstâncias. A principal vantagem desta abordagem é poder escapar à noção restrita de recaída como violação de abstinência, que ocorre porque um indivíduo sucumbe à força de impulsos que o levam, quase automaticamente, a um comportamento patológico.

d) Reorganização moral da identidade como alcoolista

No capítulo de análise e discussão dos resultados, foi referido o conceito de “papel de doente” (Alves, 1993), discutindo-se maneiras pelas quais os entrevistados o assumem, à medida que reorganizam sua identidade a partir do diagnóstico. Um dos aspectos principais do papel de doente é a relativa desresponsabilização do sujeito, porquanto atribui seu comportamento a uma doença que o sujeito carrega, desobrigando-o da responsabilidade de sua ocorrência e do ônus da mudança, desde que se submeta ao tratamento prescrito. Os entrevistados confirmam que este aspecto é de fato importante, referindo certo alívio ao poder atribuir seu comportamento a uma patologia ao invés de a uma falha de caráter, como geralmente é visto pelo senso comum, portanto, com forte impacto do meio social sobre o sujeito. Mesmo assim, os pacientes manifestaram uma preocupação em afirmar as próprias virtudes e também apresentaram ambigüidades ao ponderar sobre o alcoolismo enquanto doença *versus* alcoolismo enquanto vício (no sentido de falha de caráter).

Os relatos destes pacientes demonstram que, ainda que tendam a apegar-se ao papel de doente como forma de desresponsabilização (no sentido de fugir da conotação moral pejorativa associada ao alcoolismo), eles mantêm certa ambigüidade na compreensão da natureza do problema (se moral ou patológica). Para eles, o alcoolismo não deixa de ter um aspecto moral importante, e a reorganização da identidade como alcoolista passa por este aspecto. Esta reorganização moral da identidade, como sugerem os relatos dos entrevistados, comporta pelo menos as seguintes propriedades: 1) reafirmação de virtudes do sujeito; 2) preocupação com o olhar do outro; 3) aceitação do diagnóstico e do tratamento e 4) distinguir doença e vício.

Embora traga certo alívio, assumir o papel de doente não exime automaticamente o sujeito de se debater com questões morais sobre seu problema. A separação entre a doença e a falha de caráter permanece uma fronteira um tanto nebulosa e móvel para o indivíduo, que precisa então resgatar suas qualidades morais e modificar o olhar que os outros

dirigem a ele (reivindicando reconhecimento de suas qualidades e esclarecendo que o alcoolismo é uma doença).

Estas questões têm por base a racionalidade social predominante, que de maneira geral é determinista e não dialética (Schneider, 2010). Portanto, predominam nos serviços, assim, como para os sujeitos em recuperação, uma visão dicotômica do fenômeno da adicção, geralmente a partir de um reducionismo biologicista (a ontologização da droga em si e a noção de doença crônica) e que não considera os aspectos psicossociais envolvidos na determinação do alcoolismo.

e) Projeto de recuperação

Define as perspectivas do sujeito em relação ao seu futuro enquanto alcoolista, contemplando dimensões de crenças (idéias sobre o que deve fazer), expectativas (perspectiva de mudança ou de continuidade, esperanças remotas de melhora), ações (estratégias de tratamento, resgate de vínculos) e planos (preparação para trabalhar, continuidade de tratamento). O sujeito pode ter planos para uma efetiva recuperação que vislumbra para breve, pode ter esperança de recuperação sem planos concretos, pode apresentar-se desorientado sobre o que pode fazer para se recuperar, ou pode não vislumbrar qualquer mudança positiva no momento.

O tipo de projeção que o sujeito faz decorre do seu contexto (todos os seus recursos e dificuldades, de modo geral) e do significado atribuído às suas experiências de tratamento, de recuperação e de recaída. Considerando as categorias referentes à significação das experiências destes entrevistados, percebe-se uma tendência a uma atitude ambígua, mas em geral tendendo mais à passividade: o tratamento pontual e repetitivo, a ambivalência ao reconhecer a recuperação, o papel de doente crônico que cai e retorna a tratamento. Para estes entrevistados, a tendência predominante nos relatos sobre as projeções de recuperação é coerente com a tendência das anteriores: uma atitude mais passiva, com poucos planos concretos e perspectivas de continuidade/repetição de tratamentos, restrição das atividades cotidianas à prevenção de recaída e esperanças vagas de melhora num futuro mais distante.

Recorrência de recaídas e projetos de vida

As relações entre as categorias deste estudo configuram uma teorização que remete à teoria de Velho (1999, 2001) sobre a identidade. Na perspectiva deste autor, o sujeito constitui sua identidade a partir da

articulação de seus projetos pessoais com a sua memória, dentro de um campo de possibilidades. Retomando, o campo de possibilidades refere-se ao contexto, de forma ampla, abarcando desde as interações sociais imediatas até o contexto cultural, em seu sentido mais amplo. Projetos são a organização de condutas para determinados fins. E a memória diz respeito à história do sujeito, construída conforme ele atribui sentido às suas experiências. Sobre esta significação das experiências, Velho remete à compreensão de Schutz, já referida no capítulo anterior.

Assim, os conceitos esboçados através das categorias deste estudo podem ser tomados como um desdobramento das teorias de Velho e Schutz. São propostas de conceituação de determinados conjuntos de idéias e ações característicos da trajetória de alcoolistas. Estes conceitos dizem respeito aos processos de atribuição de sentido à experiência e à organização da identidade do sujeito, mas voltados especificamente aos modos como estes processos ocorrem entre pacientes dependentes de álcool em estado cronicado, de maneira a compreender e buscar explicar a recorrência de recaídas entre eles.

Em suma, a recorrência de recaída, pelo que sugerem os presentes resultados, está relacionada a determinadas formas de significação das experiências (tratamento, recaída e recuperação) que convergem para uma organização identitária do sujeito em que predominam características passivas, com repetição de tratamentos pontuais em detrimento do desenvolvimento da autonomia; com uma noção de recuperação presa à contagem do tempo de abstinência; e com a restrição das perspectivas de futuro à realização de tratamento e à espera por uma recuperação consistente ou definitiva (a qual o sujeito em alguns momentos julga impossível).

Um aspecto fundamental desta passividade tem a ver com a compreensão dos alcoolistas sobre a natureza do seu problema. Assumir a lógica predominante na maioria dos tratamentos, a do papel de doente crônico, pode trazer maior conforto moral, aliviando o sujeito de discriminações por ser um “sem-vergonha”, mas também desresponsabilizando-o parcialmente por seus comportamentos (atribuídos à doença) e por sua recuperação (cuja parte que lhe caberia seria tão-somente o cumprimento das prescrições terapêuticas). As modalidades tradicionais de tratamento podem intensificar esta situação, conforme enfatizarem a conscientização sobre a cronicidade da doença e a necessidade de tratamento continuado ou de algum tipo de monitoramento ou estratégia de prevenção como elemento prioritário do cotidiano do indivíduo.

A noção de doença crônica e o tratamento orientado para a abstinência causam certa confusão quanto à expectativa de recuperação. O sujeito pode não reconhecer melhorias em diversos aspectos da vida como recuperação, e contabilizar períodos de abstinência torna-se mais importante do que buscar fortalecer fatores favoráveis à recuperação. Consolida-se a expectativa de que a recuperação é consequência automática da interrupção do consumo e prioriza-se a prevenção de recaída em relação a outros aspectos da vida. Assim, atividades e interações que poderiam criar condições de recuperação são paradoxalmente adiadas para depois da recuperação (abstinência). Por exemplo, a busca por um novo emprego pode ser adiada para após a “recuperação”, a despeito de a ocupação constituir um fator favorável à recuperação.

A perspectiva de recuperação implica um tratamento ou vigilância permanentes e a esperança vaga de que, num futuro distante, o sujeito possa tranquilizar-se após acumular uma abstinência suficientemente longa. Por outro lado, a pouca mudança percebida ao longo dos tratamentos, a repetição de recaídas e o entendimento de que seu melhor prognóstico não é de cura, mas de um controle precário (pois pode ruir facilmente ao “primeiro gole”), podem resultar numa perspectiva mais pessimista, em que o sujeito não vislumbra mudança melhor do que períodos breves de controle do consumo.

A experiência passiva de tratamento reflete a tendência destes indivíduos de assumirem o papel de doente crônico. Esta idéia de cronicidade faz com que o indivíduo em tratamento não tenha uma expectativa clara em relação à recuperação, oscilando entre uma esperança de resolução do problema e uma perspectiva de manutenção permanente de algum tratamento ou estratégia de controle; ao mesmo tempo, a ênfase que os tratamentos dão à prevenção de recaída leva à dificuldade de reconhecer como recuperação quaisquer melhorias que não passem pela abstinência. E além da experiência de tratamento e de recuperação, também a recaída é influenciada pela intensidade com que o sujeito assume a passividade do papel de doente crônico.

Considerando-a como um processo, a ocorrência de recaída comporta vários momentos em que o sujeito tem escolhas a fazer: se experimenta ou não, se continua o consumo ou não, se aumenta ou não, se busca ajuda ou não. Nestes momentos, o sujeito pode atribuir estas ações à doença (impulsividade, cronicidade), ou a falhas de caráter (falta de força de vontade, ausência de desejo sincero de recuperação). Assim, o sujeito oscila entre posturas mais autônomas, em que se responsabiliza

pelas suas escolhas e ações, com o ônus da implicação moral pejorativa; e posturas mais passivas, condizentes com um papel de doente e com relativa desresponsabilização moral.

A ambivalência na compreensão da natureza do problema (falha moral ou doença) produz diferentes combinações de atitudes mais passivas e mais ativas em relação ao tratamento, à recuperação, à recaída e à projeção para o futuro. Ainda assim, fica evidente uma tendência entre estes indivíduos de se inclinarem mais na direção da compreensão de doença, assumindo o papel de doente. Remetendo novamente às concepções de Velho e Schutz, pode-se considerar que estas formas de o sujeito se situar em relação às suas experiências influencia seus projetos de vida e constitui a identidade do sujeito. Mais especificamente, pode-se apontar que os sentidos atribuídos às experiências, aliadas às projeções para o futuro, no caso destes entrevistados, são propriedades de uma certa maneira de organizar a identidade – uma identidade de alcoolista crônico.

Seguindo a proposta da teoria fundamentada (Charmaz, 2009), uma das possibilidades de articular uma teorização é delimitar um conceito central em torno do qual se articulam as categorias. Neste caso, as categorias convergem para esta idéia central de um processo de constituição de identidade enquanto alcoolista crônico. Já não se trata da reorganização identitária para assimilar o diagnóstico e dar nome e sentido ao problema com abuso de álcool. Para além disso, trata-se de dar sentido às experiências de tratamentos que se tornam repetitivos, às diferentes formas e graus de recuperação que o sujeito experimentou e às suas ações frente ao retorno ao consumo. Trata-se também de reorganizar a identidade em função da repetição destas experiências, que fazem com que o sujeito continue se debatendo com questões morais, ainda que busque certo refúgio no papel de doente. E trata-se, ainda, das possibilidades que o sujeito vislumbra para o futuro, dos projetos de vida que consegue elaborar diante das circunstâncias que vive e das expectativas que suas experiências lhe permitem ter.

A constituição desta identidade de alcoolista crônico reflete então a passividade e a ambivalência que marcam as experiências do sujeito, bem como a restrição de seus projetos de vida, em função desta inteligibilidade reducionista acerca do problema que vivem, que desconsidera a relação vivida e até descrita por eles em seus depoimentos, entre o contexto social, familiar, relacional e a função do uso do álcool e das condições de recuperação.

Sem conseguir elaborar projetos que envolvam maior autonomia e que ampliem a noção de recuperação, resta ao indivíduo planejar sua vida em função da realização de tratamento e/ou da manutenção da abstinência. Assim, o sujeito queda-se à espera de uma recuperação que supostamente só dependeria de estratégias de prevenção de recaída. Porém, adiando o enfrentamento de outros problemas (como a precariedade de moradia ou os conflitos familiares, por exemplo) e deixando de investir em fatores favoráveis à recuperação (como ocupação e retomada de vínculos familiares e de amizade), o sujeito pouco modifica as condições que resultaram na síndrome de dependência.

Mantendo-se as condições que os sujeitos associam ao abuso, será mais provável a ocorrência de um processo rápido de recaída. Com uma noção de recuperação restrita à contabilização de períodos de abstinência, o sujeito é mais vulnerável ao efeito de violação da abstinência. Além disso, essa noção restrita também contribui para estreitar as possibilidades de recuperação que o sujeito vislumbra para o futuro, restringindo os projetos de vida que estabelece para si. Tendendo a assumir um papel de doente em função da relativa desresponsabilização moral, o sujeito volta a buscar tratamento, entendendo que suas ações resultam de uma doença que deve ser enfrentada sobretudo submetendo-se à intervenção técnica em internação. Repetindo uma experiência passiva de tratamento, que resulta em pouca mudança e na perspectiva de priorização da abstinência, reinicia-se o mesmo processo – o qual, enquanto se mantiver inalterado, levará a uma recorrência de recaídas e reinternações.

O aspecto contraproducente das modalidades de tratamento que enfatizam rigorosamente a abstinência já foi levantado em pesquisas sobre alcoolismo (Carballo e cols, 2008), no sentido de “penalizarem” o paciente por qualquer violação da abstinência. Esta preocupação excessiva com o comportamento de beber em si leva à desconsideração da saúde do paciente de modo amplo; e como relatado por estes entrevistados, pode haver melhora significativa da saúde mesmo em períodos de consumo moderado (e em alguns casos, uma melhora maior do que em períodos de abstinência).

Estes resultados indicam que os serviços de tratamento poderiam melhorar a eficácia de seu atendimento flexibilizando suas próprias concepções sobre a problemática da dependência e seu tratamento, implicando na modificação da ênfase na abstinência e na

necessidade de tratamento permanente, e passando a investir mais naquilo que de melhor podem proporcionar: conscientização mais realista, vínculo e comprometimento com a viabilização de outros projetos de vida e de culturas de recuperação. Ao exigir do paciente submetimento às prescrições terapêuticas e ao priorizar a conscientização da necessidade de manter a abstinência e de fazer tratamento, os profissionais de saúde acabam por reforçar a passividade que caracteriza a construção da discutida identidade de alcoolista crônico.

A resolução de problemas com álcool é mediada por processos sociais e pode ser descrita como processo de transposição de uma cultura de adição para uma cultura de recuperação (White, 2009). Considerando isto, não surpreendem os resultados discretos das modalidades de tratamento centradas na prevenção de recaída e na intervenção técnica sobre o sujeito. Melhorias mais significativas na saúde do alcoolista requerem mudanças nas condições que produzem o fenômeno do alcoolismo, o que implica atitude mais ativa da parte do sujeito, para além do papel de doente/paciente. O sujeito precisa desenvolver projetos de vida que envolvam outros tipos de interações sociais e que visem à transformação do contexto em que ele vive (por exemplo, ocupação e resgate de vínculos suportivos).

Os vínculos suportivos são recurso fundamental para iniciar a recuperação, assim como o comprometimento com metas e projetos de vida pessoal são apontados como importantes estímulos para a manutenção da abstinência ou do consumo moderado (Gómez & Acuña, 2007). Um sujeito que se coloca passivamente como portador de uma doença e objeto de intervenção técnica e institucional, hesitante em reconhecer formas de recuperação que não impliquem abstinência, provavelmente terá dificuldades para estabelecer projetos de vida que transcendam o papel de doente crônico, concentrando-se no cumprimento de estratégias de prevenção de recaída (e a repetição do tratamento, caso a recaída ocorra). Sem um projeto mais autônomo e afirmativo, e mantendo-se o mesmo contexto de vida que favorece o alcoolismo, dificilmente o sujeito terá condições de fugir à reprodução de ciclos de tratamento, discreta recuperação e recaída.

Possibilidades para novos estudos

Este estudo vem somar-se à ainda relativamente pequena produção de estudos sobre alcoolistas com abordagem qualitativa, conforme pudemos verificar na parte de revisão de literatura da presente

dissertação, oferecendo indicações sobre vários fatores associados ao desenvolvimento do alcoolismo, à recuperação e ao retorno ao abuso e dependência de álcool. O estudo também aborda o sentido atribuído às experiências de tratamento, recuperação e recaída, bem como explora os projetos de vida dos alcoolistas e sua relação com a recorrência de recaídas. Desse modo, buscou-se elaborar uma teorização acerca da recorrência de recaídas na trajetória destes indivíduos, que só ganhará alguma consistência enquanto explicação para o fenômeno na medida em que mostrar-se convergente com outros estudos. Sendo este um estudo eminentemente exploratório, seus resultados fornecem indicações para pesquisas comparativas ou de investigação de hipóteses, através de comparações com outros grupos de participantes.

Especificamente, pode-se explorar o sentido da experiência de tratamento para alcoolistas que realizam este mesmo tipo de tratamento pela primeira ou segunda vez; a comparação destes resultados com o obtido neste estudo pode esclarecer se a passividade que marca a experiência de tratamento é verificada desde as primeiras tentativas, ou se esta passividade desenvolve-se apenas em função do pouco êxito e da repetição de tratamentos. Mais que isso, encontrando-se um grupo de participantes suficientemente homogêneo, pode-se explorar a magnitude do impacto do discurso dos profissionais de saúde na constituição desta experiência passiva de tratamento por parte do sujeito.

Outra comparação interessante seria entre a perspectiva de recuperação relatada por estes participantes e a relatada por alcoolistas em primeiro tratamento ou não-tratados. Estes entrevistados relataram suas expectativas iniciais, mas o relato atual de pacientes “iniciantes” seria mais objetivo e completo do que o retrospectivo. Isto permitiria avaliar melhor os efeitos da conscientização promovida pelos serviços, no tocante à modificação das expectativas de recuperação e do entendimento do sujeito sobre que resultados ele pode admitir como “recuperação”. Tais resultados serviriam para corroborar ou criticar as indicações deste e de outros estudos acerca de uma certa “iatrogenia” nos tratamentos para o alcoolismo, através da ênfase na abstinência como sinônimo de recuperação e na prevenção de recaída como principal (ou única) estratégia de recuperação.

Quanto à questão dos projetos de vida e sua relação com a recorrência de recaídas, a teorização aqui empreendida partiu de dados sobre alcoolistas, mas fornece uma compreensão suficientemente abstrata para que se possa avaliar a aplicabilidade de seus conceitos ao estudo dos fenômenos aditivos envolvendo outras substâncias. Neste

caso, ainda seria necessária uma investigação exploratória, para dar conta das várias particularidades no fenômeno da dependência que variam em função da substância, antes de se falar em aspectos generalizáveis desta teorização.

Finalmente, ainda sobre a questão da investigação de projetos de vida e recorrência de recaídas, caberia investigar o sentido desta relação. O que se pode inferir, a princípio, é que com os projetos de vida ocorra o mesmo que ocorre com outros fatores associados ao alcoolismo (como o conflito familiar, por exemplo), ou seja, que a relação seja de mão dupla: a restrição ou a escassez de projetos de vida viáveis e afirmativos da saúde pode ser tanto uma decorrência da repetição de recaídas como também um dos fatores contribuintes para a ocorrência de recaídas. Estudos de seguimento focalizados nesta relação poderiam elucidar melhor o modo através do qual ela se dá e investigar sob que condições uma coisa é consequência ou causa da outra.

Estranhando o familiar: vantagens e problemas para coleta e análise dos dados

Acerca da coleta de dados, é importante discutir as vantagens e desvantagens da maneira como foi realizada. Sendo o pesquisador um membro da equipe do serviço, havia plena familiaridade com o campo, desde o assunto da pesquisa até o local onde foi realizada. Esta familiaridade facilitou o acesso aos prontuários dos pacientes e a utilização das salas de entrevista da unidade; também o contato com a equipe foi bastante tranquilo, facilitando a identificação dos pacientes em condições de participar da pesquisa e a combinação de horários para entrevistá-los com o mínimo de interferência na rotina da unidade.

Quanto à abordagem dos participantes, a familiaridade com o campo também foi bastante útil. Conhecendo o problema que os pacientes enfrentam e a rotina que seguem na internação, a aproximação dos pacientes foi bastante fácil e rápida. Tomou-se o cuidado de abordar os possíveis participantes informalmente, fora de reuniões ou outras atividades; as explicações sobre a pesquisa e os convites à participação se deram sempre em conversas apenas entre o pesquisador e os pacientes, sem a presença de qualquer outro membro da equipe.

Este cuidado foi no sentido de evitar constrangimentos, para que nenhum paciente se sentisse pressionado a participar; isto porque há várias atividades que são oferecidas aos pacientes em caráter optativo, mas mesmo assim, a recusa em participar algumas vezes é interpretada, por alguns membros da equipe, como desinteresse pelo tratamento.

Ainda assim, o pesquisador precisou identificar-se como membro da equipe (e alguns pacientes inclusive já eram seus conhecidos) de forma que esta possibilidade de constrangimento não foi totalmente afastada. Cabe mencionar, também, que houve casos de pacientes conhecidos do pesquisador que preferiram recusar o convite.

Dentre os entrevistados, alguns já haviam sido atendidos pelo pesquisador em internações anteriores. Isto proporcionou as vantagens da familiaridade e de um vínculo de confiança que já existia, oferecendo condições de entrevista bastante confortáveis para o participante e bastante promissoras para o pesquisador, de tal modo que nenhum *rapport*, por mais bem feito, poderia proporcionar. O conhecimento prévio da história do sujeito também facilita a investigação de contradições e aspectos implícitos das respostas obtidas. Em contrapartida, esse conhecimento prévio exigiu um esforço extra para que as respostas destes indivíduos fossem analisadas do mesmo modo que as demais, e certamente não se escapou totalmente da influência desta visão previamente construída que o pesquisador trazia sobre estes entrevistados.

Não apenas a análise, mas a condução da entrevista também demandou constante esforço para manter seu foco, no caso destes participantes que já haviam passado por entrevistas clínicas com o pesquisador. Foi-lhes explicada esta situação e solicitado a eles que respondessem as perguntas normalmente, mesmo que parecessem redundantes ou que repetissem relatos e opiniões que já haviam comunicado ao pesquisador em outros momentos. Apesar da concordância dos entrevistados em fazê-lo, não se pode descartar a possibilidade de o pesquisador ter deixado de explorar certos detalhes que já sabia, mas que, não sendo explicitados na entrevista, podem ter deixado algumas lacunas.

A familiaridade com o campo, portanto, trouxe as facilidades de aproximação, imersão e coleta de dados; no entanto, dificultou alguns aspectos da coleta e, principalmente, a análise. Mesmo partindo de uma perspectiva epistemológica que se poderia dizer “construtivista” ou “interpretativa”, como discutido anteriormente, a pesquisa implica um exercício de rigor e objetividade que são mais custosos para o pesquisador, quando este precisa manter um constante esforço de “estranhamento” para analisar uma situação que lhe é muito familiar e desembaraçar-se de idéias cristalizadas sobre o assunto. Esta situação foi amenizada em função de o pesquisador ter sido licenciado de seus serviços na unidade para a realização desta pós-graduação, de modo

que, por ocasião do início da coleta de dados, encontrava-se afastado da unidade há cerca de um ano.

Referências

Alvarez, A. M. S., Alvarenga, A. T. & Della Rina, S. C. (2009). Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde e sociedade [online]* 18(2), 259-272.

Alves, P. C. (1993). A Experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 263-271.

Alves, P. C. (1998). O discurso sobre a enfermidade mental. In: Alves, P. C. & Minayo, M. C. S. (orgs). *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA (2009). *Redução de danos*. Recuperado em 20 de maio de 2009 de <http://www.abordabrasil.org/quemsomos.htm>

Agrawal, A. & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103 (7), 1069-1081.

Alvarez, A. M. A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 188-193.

Alves, H., Kessler, F. & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 51-53.

Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C. & Castro, M. G. T. (2008). Craving and chemical dependence: concept, evaluation and treatment. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 57-63.

Associação Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais:DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C. & França Jr., I. (2008). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da

saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Baltieri, D.A., Daró, F. R., Ribeiro, P. L. & Andrade, A. G. (2008). Comparing topiramate with naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Addiction*, 103, 2035-2044.

Barros, M. B. A., Botega, N. J., Dalgalarondo, P., Marín-León, L. & Oliveira, H. B. (2007). Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based-study. *Revista de saúde pública*, 41 (4), 502-509.

Bau, C. H. D. (2002). Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciência e Saúde coletiva*, 7 (1), 183-190.

Baus, J., Seara, A. C., Caldas, C. M. W., Desidério, L. & Petry Filho, N. (2002). Metáforas e dependência química. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(3). 5-13.

Bergmark, A. (2008). On treatment mechanisms: what can we learn from the combine study? *Addiction*, 103(5), 703-705.

Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (orgs.). *Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa.

Bouza, C., Magro, A., Muñoz, A. & Amate, J. M. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*, 99, 811-828.

Brewer, C. (2005) El disulfiram supervisado es más eficaz en alcoholismo que la naltrexona o el acamprosato e incluso la psicoterapia: cómo funciona y por qué es importante. *Adicciones*, 17 (4), 285-296.

Buckland, P. R. (2008). Will we ever find the genes for addiction? *Addiction*, 103(11), 1768-1776.

- Burger, M., Mensink, G., Bronstrup, A., Thierfelder, W. & Pietrzik, K. (2004). Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. *European journal of clinical nutrition*, 58 (4), 605-614.
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2006). Determinantes sociais da saúde. *Cadernos de saúde pública*, 22(9), 1772-1773.
- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. S (2008). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz
- Campos, G. M. & Ferreira, R. F. (2007) A importância da legitimação social na reconstrução da identidade de um alcoolista. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 215-225.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R. & García-Rodríguez, O. (2008). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*, 20 (1), 49-58.
- Carneiro, H. (2002). *A fabricação do vício*. Recuperado em 15 de maio de 2009 de http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=267
- Castro, L. A. & Baltieri, D. A. (2004). Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl), 43-46.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Chen, Hsiao-Yu & Boore, Jennifer R. P. (2009). Using a synthesized technique for grounded theory in nursing research. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2251–2260.
- Chick, J., Aschauer, H. & Hornik, K. (2004). Efficacy of fluvoxamine in preventing relapse in alcohol dependence: a one-year, double-blind,

placebo-controlled multicentre study with analysis by typology. *Drug and alcohol dependence*, 74 (1), 61-70.

Coelho, M. T., & Almeida Filho, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, 9(1), 13-36.

Coelho, M. T., & Almeida Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*, 9(2), 315-333.

Collins, R. L., Ellickson, P. L. & Klein, D. J. (2007). The role of substance use in young adult divorce. *Addiction*, 102, 786-794.

Conde, I. L., Ustároz, J. T.; Landa, N. & López-Goñi, J. J. (2005). Deshabituaçón de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17 (2), 121-129.

Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília; Ministério da Saúde.

Croissant, B., Diehl, A., Klein, O., Zambrano, S., Nakovics, H., Heinz, A. & Mann, K. (2006). A pilot study of oxcarbazepine versus acamprosate in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 630-635.

Cunha, P. J. & Novaes, M. A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 23-27.

Cutler, R. B. & Fishbain, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health*, 5:75.

Czeresnia, D. (2004). O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.

- Darke, S. (2008). Truth is not always found in the laboratory. *Addiction*, 103 (7), 1066-1067.
- Dawson, D., Goldstein, R., & Grant, B. F. (2008). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 2036-2045.
- Depraz, N. (2007). *Compreender Husserl*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- De Souza, A. A., De Souza, J. A. & Kapoor, H. (2008). An open randomized trial comparing disulfiram and topiramate in the treatment of alcohol dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 34(4), 460-463.
- Delbon, F., Da Ros, V. & Ferreira, E. M. A. (2006). Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. *Saúde e sociedade*, 15(1), 37-48.
- Dualibi, S. & Laranjeira, R. (2007). Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5), 839-848.
- Duarte, L. F. D. (1998). A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? . In: Alves, P. C. & Minayo, M. C. S. (orgs). *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ducci, F. & Goldman, D. (2008). Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. *Addiction*, 103(9). 1414-1428.
- Edwards, G & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British medical journal*, 1, 1058-1061.
- Farren, C. K., Scimeca, M., Wu, R. & Malley, S. O. (2009). A double-blind, placebo-controlled study of sertraline with naltrexone for alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 99 (1), 317-321.
- Filizola, P. R., Nascimento, A. E., Sougey, E. B. & Meira-Lima, I. V. (2008). Alcoolismo no Nordeste do Brasil – prevalência e perfil

sociodemográfico dos afetados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 227-232.

Fischer, P. J. & Breakey, W. R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46(11), 1115-1128.

Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de um hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.

Fontanella, B.J.B., Campos, C.J.G. & Turato, E.R. (2006). Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 14(5), 812-820.

Fontanella, B.J.B., Ricas, J. & Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*, 24(1),17-27.

Fox, H. C., Bergquist, K. L., Hong, K. I. & Sinha, R. (2007). Stress-induced and alcohol cue-induced craving in recently abstinent alcohol-dependent individuals. [*Alcoholism: Clinical and Experimental Research*](#), 31 (3), 395-403.

Garcia-Mijares, M. & Silva, M. T. A. (2006). Dependência de drogas. *Psicologia USP*, 17(4), 213-240.

Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M. & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista medica de Chile*, 36(2), 169-178.

Ghandour, L., Karam, E. G. & Maalouf, W. E. (2009). Lifetime alcohol use, abuse and dependence among university students in Lebanon: exploring the role of religiosity in different religious faiths. *Addiction*, 104, 940–948.

Gianini, R. J., Litvoc, J. & Eluf Neto, J. (1999). Agressão física e classe social. *Revista de saúde pública*, 33 (2), 180-186.

- Gifford, E. V., Ritscher, J. B., McKellar, J. D. & Moos, R. H. (2006). Acceptance and relationship context: a model of substance use disorder treatment outcome. *Addiction*, 101, 1167-1177.
- Gigliotti, A. & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: Critérios diagnósticos. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26, 11-13.
- Gómez, A. P. & Acuña, D. R. S. (2007) Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*, 19 (3), 409-422.
- Gonzalez Rey, F. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Iglesias, L., Roncero, C., Cardús, M. & Casas, M. (2004). A double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in the treatment of alcohol-dependence disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 736-745.
- Guimarães, L. A. M, Grubits, S. & Freire, H. B. (2007). Psicologia da saúde; conceitos e evolução do campo. In Grubis, S. & Guimarães, L. A. M. (orgs). *Psicologia da Saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar*. São Paulo: Vetor.
- Haile, C. N., Kosten, T. A. & Kosten, T. R. (2008). *Pharmacogenetic Treatments for Drug Addiction: Alcohol and Opiates*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(4), 355-381.
- Hunter-Reel, D., McCrady, B. & Hildebrandt, T. (2009) Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104 (8), 1281-1290.
- Jesus, S. N. & Rezende, M. M. (2006). Atualidades em psicologia da saúde: colaborações Brasil e Portugal. *Mudanças – Psicologia da saúde*, 14(2), 121-125.
- Junghanns, K., Graf, I., Pflüger, J., Wet, G., Ziems, C., Ehrenthal, D., Züllner, M., Dibbelt, L., Backhaus, J., Weinmann, W., & Wurst, F. (2009). Urinary ethyl glucuronide (EtG) and ethyl sulphate (EtS) assessment: valuable tools to improve verification of abstinence in

alcohol-dependent patients during in-patient treatment and at follow-ups. *Addiction*, 104, 921-926.

Kalant, H. (2008). Drug treatment – not as useless as it seems. *Addiction* 103, 707-708.

Kenna, G. A. (2005). Pharmacotherapy of alcohol dependence: targeting a complex disorder. *Drug discovery today: therapeutic strategies*, 2 (1), 71-78.

Kell, M. C. G. (2004). *Integralidade da Atenção à Saúde*. Recuperado em 20 de setembro de 2009, de www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc.

Killeen, T. K., Brady, K. T., Gold, P. B., Simpson, K. N., Faldowski, R. A., Tyson, C. & Anton, R.F. (2004). Effectiveness of naltrexone in a community treatment program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 1710-1717.

Kushner, M. G., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K. L., Brekke, M. & Sletten, S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (8), 1432-1443.

Laranjeira, R., Nicastrí, S., Jerônimo, C. & Marques, A. C. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 62-71.

Laudet, A. B. & White, W. (2009). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of substance abuse treatment*, xx, xxx-xxx (no prelo).

Laudet, A. B., Morgen, K & White, W. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treat Q*, 24(1-2): 33-73.

Laudet, A. B., Stanick, V. & Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 37, 182-189.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 19 de outubro de 2009, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>.

Luty, J. (2006). What works in alcohol use disorders? *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 13–22.

López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo, R. & Ramirez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), 241-249.

Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2), 335-342.

MacRae, E. (1996). *A desatenção da legislação de entorpecentes pela complexidade da questão*. Recuperado em 15 de maio de 2009 de http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=81

MacRae, E. (2004). *Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos*. Recuperado em 15 de maio de 2009 de http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=260

MacRae, E. & Gorgulho, M (2003). Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 52(5), 371-374.

Marlatt, A. & Witkiewitz, K. (2009). Further exploring the interpersonal dynamics of relapse. *Addiction*, 14 (8), 1291-1292.

Marlatt, G. A. (1993). *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(22), 449-462.

McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., Morgenstern, J., Morgan, R. F. & Pettinati, H. M. (2005). Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone-based continuing care for substance use disorders? *Addiction* 100, 216-226.

Mercado-Martínez, F. J. (2004). O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: Bosi, M. L. M. & Mercado-Martínez, F. J. (orgs). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes.

Messas, G. P. & Vallada Filho, H. P. (2004). O papel da genética na dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 54-58.

Miller, P. G. & Miller, W. R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction*, 104(5), 685-686.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

Minayo, M. S. S. (2008). Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drummond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Minayo, M. S. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.

Ministério da Saúde (2003). *A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Secretaria

executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da saúde.

Moraes, E., Campos, G. M., Figlie, N. B., Laranjeira, R., & Ferraz, M. B. (2006). Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (4), 321-325.

Morley, K. C., Teeson, M., Reid, S. C., Sannibale, C., Thomson, C., Phung, N., Weltman, M., Bell, J. R., Richardson, K. & Haber, P. S. (2006). Naltrexone versus acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction*, 101, 1451-1462.

Mulia, N., Schmidt, L., Bond, J., Jacobs, L. & Korcha, R. (2008). Stress, social support and problem drinking among women in poverty. *Addiction*, 103, 1283-1293.

Mundt, J. C., Moore, H. K. & Bean, P. (2006). An interactive voice response program to reduce drinking relapse: A feasibility study. *Journal of substance abuse treatment*, 30 (1), 21-29.

Nascimento, E. C. & Justo, J. S. (2000). Vidas Errantes e Alcoolismo: Uma Questão Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 529-538.

Natera-Rey, G., Borges, G., Icaza, M. E. M., Solís-Rojas, L. & Tiburcio-Sainz, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud pública de México*, 43 (1), 17-26.

Neves, D. P. (2004). Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 7-36.

Nordfjærn, T., Rundmo, T. & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 46-64.

Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G. & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and alcohol dependence*, 90 (1), 89-96.

Nunes, E. D. (2008). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

O' Connor, M. K., Netting, F. E. & Thomas, M. L. (2008). Grounded Theory: Managing the Challenge for Those Facing Institutional Review Board Oversight. *Qualitative Inquiry*, 14 (1), 28-45.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Olabuénaga, J. I. R. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Oliveira, H. P., Jr. & Malbergier, A. (2003). Avaliação da motivação para tratamento em pacientes dependentes de álcool que procuram um serviço especializado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 5-10.

Oliveira, M. S., Andretta, I., Rigoni, M. S. & Szupszynski, K. P. del R. (2008). A Entrevista Motivacional com Alcoolistas: Um Estudo Longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 261-266.

Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103(6): 875-885.

Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., Wilton, S. & Slegg, G. (2009). To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *Journal of substance abuse treatment*, 36, 49-58.

Organização Mundial da Saúde (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York. Recuperado em 22 de maio de 2009, de http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf

Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Recuperado de <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, último acesso em 20 de maio de 2009.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrição clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Atlas.

Organização Mundial da Saúde (2002). *World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf, último acesso em 25 de maio de 2009.

Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272.

Pedroso, R. S., Oliveira, M. S. & Araujo, R. B. (2006). Expectativas de resultados frente ao uso de álcool, maconha e tabaco. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 198-206.

Peluso, E. T. P. & Blay, S. L. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 30 (1), 19-24.

Pérez, E. J. P. & Mota, G. R. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20 (3), 251-262.

Pérez-Gálvez, B., Vicente-Manzanaro, M. P., Garcia-Fernandez, L., Romero-Escobar, B. & Oliveras-Valenzuela, M. A. (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Transtornos Adictivos*, 10 (1), 42-48.

Piccoloto, L. B., Oliveira, M. S., Araújo, R. B. Melo, W. V. Bicca, M. G & Souza, M. A. M. (2006). Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 195-203.

Planeta, C. S., Cruz, F. C., Marin, M. T., Aizenstein, M. L. & DeLucia, R. (2007). Ontogênese, estresse e dependência de substâncias psicoativas. *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, 43 (3), 335-346.

Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical decision making*, 28,845-849.

Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9(1), 83-102.

Puttini, R. F. & Pereira Jr., A. (2007). Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3), 451-464

Ramos, S. P. & Woitowitz, A. B. (2004). Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 18-22.

Rangé, B. P. & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 30 (supl II), S88-95.

Reinaldo, A. M. S. & Pillon, S. C. (2008). Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16, 529-534.

Resende, G.L.O.; Amaral, V.L.A.R.; Bandeira, M.; Gomide, A.T.S. & Andrade, E.M.R. (2005). Análise de prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(4), 211-217.

Rigotto, S. D. & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 95-106.

Romero, J.C., Pérez, E. J. P. & López, M.P. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19 (2), 141-152.

Sabino, N. D. M. & Cazenave, S.O.S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (2), 167-174.

Salgado, J. V., Malloy-Diniz, L. F., Campos, V. R., Abrantes, S. S. C., Fuentes, D., Bechara, A. & Correa, H. Neuropsychological assessment

of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1), 4-9.

Samson, H. H. (2000). The microstructure of ethanol drinking: genetic and behavioral factors in the control of drinking patterns. *Addiction*, 95 (8), 61-72.

Santos, C. E. & Costa-Rosa, A. (2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estud. psicol. (Campinas)*, 24 (4), 487-502.

Santos, M. S. D. & Veloso, T. M. G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface (Botucatu)*; 12(26): 619-634. Acessado em novembro 2010, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300013 doi: 10.1590/S1414-32832008000300013.

Santos, R. G. (2008). *Consumo de psicoativos e saúde pública: variáveis envolvidas*. Recuperado em 13 de junho de 2009, de http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=314.

Sanchez, Z. M. & Nappo, S. A. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 265-72.

Scali, D. F. & Ronzani, T. M. (2007). Estudo das crenças e expectativas pessoais acerca do uso de álcool. *SMAD - Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 3 (1).

Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 621-632.

Schramm-Sapyta, N. L., Kingsley, M. A., Rezvani, A. H., Propst, K., Swartzwelder, H. S. & Kuhn, C. M. (2008). Early ethanol consumption predicts relapse-like behavior in adolescent male rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (5), 754-762.

Schutz, A. (1979). O mundo da vida. In: Wagner, H. (org) *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Scott, C. K., Dennis, M. L. & Foss, M. A. (2005). Utilizing Recovery Management Checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug and alcohol dependence, 78 (3)*, 325-338.

Scott, C. K., Foss, M. A. & Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse-treatment-recovery cycle over 3 years. *Journal of substance abuse treatment, 28 (2)*, S63-S72.

Secretaria Nacional Antidrogas (2007). *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Secretaria nacional antidrogas. Brasília: Presidência da República.

Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública, 31(5)*, 538-542.

Sharpe, A. L., Coste, S. C., Burkhart-Kasch, S., Li, N., Stenzel-Poore, M. P. & Phillips, T. J. (2005). Mice deficient in corticotropin-releasing factor receptor type 2 exhibit normal ethanol-associated behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29 (9)*, 1601-1609.

Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (supl. 1)*, 33-39.

Silva, L. B. C. (2005). A Psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF, 17(1)*, 79-92.

Silva, J. L., Macedo, R. M. S., Derntl, A. M. & Bergami, N. B. B. (2007). Um estudo das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes. *Psicologia em estudo, 12 (1)*, 61-70.

Simão, M. O., Kerr-Corrêa, F., Dalben, I. & Smaira, S. I. (2002). Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(3)*, 121-9.

Sobell, L. C., Cunningham, J. A. & Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *American journal of public health, 86 (7)*, 966-972.

- Spink, M. J. (1992). A construção do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e sociedade, 1*(2), 125-139.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Sterling, R., Slusher, C. & Weinstein, S. (2008). Measuring Recovery Capital and Determining Its Relationship to Outcome in an Alcohol Dependent Sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34* (5), 603 – 610.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.
- Szupszynski, K. P. D. R. & Oliveira, M. S. (2008). O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática, 10*(1), 162-173.
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I, Athayde, L. D., Spanemberg, L., Possa, M. A., Daruy Filho, L. & Silveira, D. X. Does co-occurring social phobia interfere with alcoholism treatment adherence and relapse? *Journal of substance abuse treatment, 41* (4), 403-409.
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva, 13* (1), 196-206.
- Tomkins, S. (2007). Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Rússia. *Addiction 102*, 544-553.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, 6*(2), 49-56.
- UKATT research team, (2007). UK Alcohol Treatment Trial: client–treatment matching effects. *Addiction, 103*, 228-238.
- Varanda, W. & Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e sociedade, 13*(1), 56-69.

Vargas, D. (2010). Atitudes de enfermeiros frente às habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (2), 190-195.

Velho, G. (1999). *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar.

Velho, G. (1999). *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar

Velho, G. (2001). Biografia, trajetória e mediação. In: Velho, G. & Kushnir, K. (Orgs.). *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

Wallace, A. E. & Weeks, W. B. (2004). Substance Abuse Intensive Outpatient Treatment: Does program graduation matter? *Journal of substance abuse treatment*, 27 (1), 27-30.

Weerts, E. M., Goodwin, A. K., Kaminski, B. J. & Hienz, R. D. (2006). Environmental cues, alcohol seeking, and consumption in baboons: Effects of response requirement and duration of alcohol abstinence. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 30(12): 2026-3036.

Weisner, C., Matzger, H. & Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98, 901-911.

West, R. (2005) Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, 1036–1039.

White, W. (2009). The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery. *Journal of substance abuse treatment*, 36, 146-158.

Wilens, T. E., Adler, L. A., Weiss, M. D., Michelson, D., Ramsey, J. L., Moore, R. J., Renard, D., Brady, . T., Trzepacz, P. T., Schuh, L. M., Ahrbecker, L. M. & Levine, L. R. (2008). Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 96 (1), 145-154.

Witter, G. P. (2008). Psicologia da Saúde e Produção Científica. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 577-584.

Zweben, A., Pettinati, H. M., Weiss, R. D., Youngblood, M., Cox, C. E., Mattson, M. E., Gorroochurn, P. & Ciraulo, D. (2008). Relationship between medication adherence and treatment outcomes: the COMBINE study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 1661-1669.

Zywiak, W. H., Stout, R. L., Trefry, W. B., Glasser, I., Connors, G. J., Maisto, S. A. & Westerberg, V. S. (2006). Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *Journal of substance abuse treatment*, 30 (4), 349-353.

Zywiak, W. H., Stout, R. L., Longabaugh, R., Dyck, I., Connors, G. J. & Maisto, S. A. (2006). Relapse-onset factors in Project MATCH: The Relapse Questionnaire. *Journal of substance abuse treatment*, 31 (4), 341-345.

ANEXO A: Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS Pós-Graduação em Psicologia

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado senhor,

Estamos convidando-o a participar da pesquisa “A relação entre projetos de vida e recorrência de recaídas em pacientes dependentes de álcool”, realizada por equipe de pesquisa da UFSC. Esta pesquisa quer conhecer mais sobre a história de vida das pessoas que fazem tratamento para se recuperar da dependência de álcool. Assim, esperamos contribuir para aumentar os conhecimentos científicos sobre a dependência e também recolher informações que ajudem a melhorar os tratamentos oferecidos às pessoas que enfrentam este problema.

A sua participação é voluntária. Se o senhor aceitar participar, pedimos sua autorização para gravar a entrevista, para que depois

possamos utilizar essas informações na pesquisa. O senhor não será identificado e sua entrevista só será acessada pelo pesquisador e sua orientadora; nenhuma pessoa da equipe de atendimento terá acesso à sua entrevista. Quando os resultados da pesquisa forem divulgados, também nenhum dos participantes entrevistados será identificado. O senhor poderá desistir de participar a qualquer momento e, caso tenha qualquer dúvida ou queira algum esclarecimento, por favor contate o responsável pela pesquisa, Psic. Fábio Becker Pires, através dos fones (55) 3220 8105 ou (55) 9177 9998. Muito obrigado pela sua atenção.

Eu,, fui informado sobre a pesquisa “A relação entre projetos de vida e recorrência de recaídas em pacientes dependentes de álcool” e concordo em participar, respondendo a uma entrevista e autorizando a utilização da gravação desta para a análise de dados na pesquisa.

Santa Maria, _____ / _____ / _____.

Assinatura do participante

ANEXO B: Roteiro de entrevista

1. Que idade você tinha quando começou a beber?
2. Conte um pouco sobre como era sua vida antes de começar a ter problemas com a bebida.
3. Nessa época, que planos você tinha? O que você achava que era importante realizar na sua vida?
4. O que aconteceu com estes planos?
5. Quando foi que você começou a beber demais? O que estava acontecendo na sua vida nessa época?
6. Outras pessoas na sua família também bebiam? Alguma delas tinha problemas por causa da bebida?
7. Como você define o seu problema com a bebida?

8. Quando foi a primeira vez que você procurou tratamento? Por que procurou?
9. Como você reagiu na primeira vez em que lhe disseram que você tinha um problema de dependência de álcool?
10. Como a sua família reagiu na época do seu primeiro tratamento?
11. Em que lugares você já procurou ajuda? O que achou de cada um?
12. Quando foi a última vez em que você se sentiu recuperado? O que estava acontecendo na sua vida nessa época?
13. O que você acha que precisa fazer para se recuperar da dependência de álcool?
14. O que acontece com você quando você volta a beber?
15. O que você faz quando percebe que está voltando ao hábito de beber demais?
16. O que aconteceu dessa vez para você voltara beber demais?
17. Por que você veio ao hospital dessa vez?
18. Passar pela internação lhe ajuda? Como?
19. Como é a sua relação com a sua família hoje?
20. Conte como está sua vida atualmente.
21. O que você acha que é importante realizar na sua vida atualmente?
22. Como você descreveria a pessoa que você é hoje?
23. O que mudou na sua vida desde a primeira vez em que você fez um tratamento?
24. Como você acha que vai estar a sua vida daqui a um ano?

25. Você gostaria de acrescentar alguma coisa sobre o que nós conversamos?