



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

CLAUDIA DAIANA BORGES

**TRAJETÓRIA DE MULHERES QUE FAZEM USO ABUSIVO DO ÁLCOOL: UM  
OLHAR SOBRE OS PROJETOS DE VIDA E REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA**

Orientadora: Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS, SC

2022

CLAUDIA DAIANA BORGES

**TRAJETÓRIA DE MULHERES QUE FAZEM USO ABUSIVO DO ÁLCOOL: UM  
OLHAR SOBRE OS PROJETOS DE VIDA E REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Doutora em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado/Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS, SC

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Borges, Claudia Daiana  
Trajetória de mulheres que fazem uso abusivo do álcool :  
um olhar sobre os projetos de vida e rede social  
significativa / Claudia Daiana Borges ; orientadora,  
Daniela Ribeiro Schneider, 2022.  
245 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Mulheres. 3. Abuso do álcool. 4. Rede  
social significativa. 5. Projeto de vida. I. Schneider,  
Daniela Ribeiro . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.  
Título.

Claudia Daiana Borges

**Trajetória de mulheres que fazem uso abusivo do álcool: um olhar sobre os projetos de vida e rede social significativa**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof<sup>ª</sup>. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Dr<sup>ª</sup>.

Universidade de São Paulo

Prof<sup>ª</sup>. Jacqueline de Souza, Dr<sup>ª</sup>.

Universidade de São Paulo

Prof<sup>ª</sup>. Marina Menezes, Dr<sup>ª</sup>.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

---

Prof. Adriano Beiras, Dr.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof<sup>ª</sup>. Daniela Ribeiro Schneider, Dr<sup>ª</sup>.

Orientadora

Florianópolis, 2022.

À minha mãe, meu exemplo de amor, força e perseverança, quem costurou verdadeiras pontes para que tivéssemos um futuro melhor. Ao meu pai (*in memoriam*), por tudo que me ensinou, por ter feito ecoar em mim o desejo de estudar e ser independente.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço às onze mulheres que compartilharam comigo suas histórias de vida, obrigada por terem confiado a mim suas alegrias, seus sofrimentos e suas (des)esperanças. Aprendi muito com vocês!

Agradeço às equipes dos dois CAPSad, campos de realização desta pesquisa, que tão bem me acolheram e me auxiliaram em tudo que foi possível.

Meu agradecimento especial a minha orientadora, profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider, por ter confiado em mim e no meu trabalho, por ter me ensinado tanto nestes anos de parceria e por ter me deixado suficientemente livre para traçar meu percurso formativo. Dani, para mim, você é mais que uma professora, és uma referência de competência, humildade, de afeto e amizade, espero poder levar adiante um pouquinho de tudo que aprendi contigo!

Agradeço a todos os professores do PPGP - UFSC e de outros Programas pelos quais circulei no período do Doutorado, obrigada por todo conhecimento construído e compartilhado. Um agradecimento especial às professoras Tânia, Marina e Miriam pelas contribuições na Banca de Qualificação deste trabalho. Agradeço também a todos os colegas que compartilharam essa caminhada comigo e que igualmente resistiram as intempéries de um Doutorado, especialmente em meio a uma pandemia.

Agradeço aos meus alunos, que me instigam a avançar na busca pelo conhecimento e por mobilizarem em mim o desejo de estar e permanecer na academia. Ao Jeovane, meu professor da graduação, hoje colega de trabalho e coordenador, agradeço pelos ensinamentos, pelo apoio e incentivo. A minha colega Rosina, agradeço por todas as trocas e parcerias de pesquisa que tanto contribuíram na minha formação.

Agradeço a todos os colegas do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN), pelos aprendizados e pela amizade que construímos ao longo destes anos. De um modo especial, registro meus agradecimentos à Milene, Adria, Juliana, Charlene, Virginia e Priscila, vocês estão nas minhas melhores memórias do Doutorado. Saudades das nossas conversas, viagens, almoços no RU, cafés, shows e todas as experiências que vivemos juntas, que privilégio ter encontrado vocês!

Agradeço à Juliana e a Adria que compartilharam de forma mais próxima e íntima as dores e as delícias desse Doutorado. Jú, obrigada por todas as palavras de acolhimento, de incentivo e pela experiência de vida partilhada, que possamos ter muito mais momentos de mate e de conversas que acalentam o coração. Adria, que presente essa conexão Norte - Sul me

trouxe! Obrigada pela sua amizade e pela acolhida em sua casa quando ainda não existia pandemia e eu ia para Florianópolis semanalmente, lembro com carinho das nossas conversas até de madrugada e de seu despertador ao som de “Ando só”. Agradeço à Milene, amiga querida que o Mestrado me deu, por todo apoio no Doutorado, no trabalho e na vida.

Por fim, agradeço à minha família, que dão sentido e significado para minha existência! Obrigada por apoiarem e respeitarem as minhas escolhas, minhas ausências, e por fazerem o possível para que eu conseguisse realizar este sonho. À minha mãe, não tenho palavras para agradecer por todo amor, dedicação, apoio e incentivo. Obrigada pelos lembretes: “não fique até tão tarde no computador”, “vai dormir mais cedo”, “cuide dos olhos”, “descanse”, genuinamente sendo uma mãe que incentiva a filha a alçar voos maiores, ao mesmo tempo em que lembra que na vida há outras coisas igualmente importantes.

À minha irmã Cleidiane, obrigada por ter feito minha inscrição na seleção do Doutorado quando eu estava em terras Australianas, se não fosse você, eu não estaria agora fechando este ciclo. Te agradeço por tudo, pelo seu apoio, pelo seu amor, por me acolher em sua casa e em sua vida! Ao meu irmão Claudedir, agradeço por todo incentivo, suporte e amor. Que bom saber que não há distância que afaste ou diminua nossos vínculos fraternos.

Agradeço aos meus sobrinhos Davi e Otávio, que fazem desse mundo um lugar melhor para se viver e que me mostram, a cada dia, a potência e a beleza do amor de tia. O Davi, que no alto dos seus 6 - 7 anos me fazia a fatídica pergunta: “Tia, como vai a tese?”, mostrando-se sempre muito interessado por tudo que diz respeito a mim e a minha vida, ao mesmo tempo que me confia suas descobertas e projetos. O Otávio, sobrinho que nasceu em meio ao Doutorado, obrigada pelo seu sorriso, pelo seu afeto e por renovar as nossas esperanças em dias melhores. Aos dois, agradeço por me permitirem compartilhar a vida e os sonhos de vocês. Contem sempre comigo!

Por último, agradeço ao Luciano, meu amor e companheiro de vida. Obrigada por me apoiar, por compartilhar minhas alegrias e por ser meu suporte em todos os momentos. Agradeço por entender minhas escolhas e ausências, por sempre me incentivar e lembrar-me do quanto sou capaz. É muito bom caminhar contigo ao meu lado!

*Me levanto  
sobre o sacrificio  
de um milhão de mulheres que vieram antes  
e penso  
o que é que eu faço  
para tornar essa montanha mais alta  
para que as mulheres que vierem depois de mim  
possam ver além  
(Legado - Rupi Kaur)*



## RESUMO

O uso abusivo do álcool envolve uma série de fatores e determinantes, tanto de ordem individual como social. Entre as mulheres, este é um fenômeno crescente e ainda permeado por diferentes estigmas relativos ao gênero. Dos elementos a serem considerados acerca do abuso do álcool por mulheres e de seu processo de cuidado, destaca-se a perspectiva do projeto de vida e a rede social significativa. Um projeto de vida abrange diferentes dimensões da trajetória da pessoa, possibilitando a atribuição de sentido e significado para a sua existência. Já a rede social significativa é constituída pelos vínculos interpessoais considerados importantes e que oferecem variadas formas de apoio para o sujeito. Ambos se configuram como elementos fundantes dos processos de subjetivação e, portanto, são dimensões importantes a serem contempladas no processo de cuidado nos diferentes dispositivos de saúde, especialmente no CAPSad, serviço destinado ao atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Diante disso, esse estudo teve como objetivo compreender como se constituem as trajetórias e projetos de vida e suas relações com as redes sociais significativas de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, acompanhadas em dois CAPSad do Sul do país. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa com 11 mulheres com histórico de abuso do álcool. Como instrumentos para a coleta de dados foram utilizados a entrevista narrativa e a construção do mapa de rede. Os dados foram analisados a partir dos princípios da *Grounded-Theory* e a análise de conteúdo, efetuada com o auxílio do *software* Atlas.ti, resultou em seis categorias, com suas respectivas subcategorias e elementos de análise. Os resultados indicaram que as participantes tiveram trajetórias de vidas marcadas por diferentes dificuldades psicossociais e perdas de vínculos. Na esfera pessoal, destaca-se a recorrência do sofrimento psíquico e a exclusão do mercado de trabalho formal. A maioria das participantes teve dificuldade para reconhecer seus projetos de vida, suscitando sentimentos de falta de significado e o esvaziamento do sentido existencial. Na dimensão relacional, a família representou o elemento considerado mais importante, seja como propulsora de conflito e abandono, ou, por outro lado, como fonte de afeto e apoio. Em relação às redes sociais significativas, estas eram constituídas, principalmente, por familiares e profissionais do CAPSad e apresentavam limitações e fragilização dos vínculos e de suas funções. No que se refere ao uso do álcool, para a maioria, o início do uso ocorreu pela mediação de outra pessoa e teve diferentes motivações, tendo se mantido de forma abusiva como estratégia para lidar com diferentes problemas. Frente às repercussões negativas do abuso do álcool, as mulheres acessaram o CAPSad visando interromper ou reduzir o consumo, todas avaliaram positivamente o cuidado recebido no serviço, destacando o vínculo com os profissionais e o acolhimento recebido. Considerando os achados deste estudo, ressalta-se que o abuso do álcool é um fenômeno complexo, que requer uma compreensão ampliada a partir da análise das trajetórias pessoais. Enfatiza-se a necessidade dos diferentes serviços de saúde, especialmente o CAPSad, preconizarem em seus processos de cuidado a mediação para a (re)construção de projetos de vida e o fortalecimento da rede social significativa das pessoas atendidas.

**Palavras-chaves:** Mulheres, abuso do álcool, rede social significativa, projeto de vida.

## ABSTRACT

Abusive use of alcohol involves a series of factors and determinants, both individual and social. Among women, this is a growing phenomenon and is still permeated by different stigmas related to gender. Of the elements to be considered about alcohol abuse by women and their care process, the perspective of the life project and the significant social network stand out. A life project encompasses different dimensions of the person's trajectory, enabling the attribution of meaning and meaning to their existence. On the other hand, the significant social network is constituted by the interpersonal bonds considered important and that offer different forms of support for the subject. Both are founding elements of subjectivation processes and, therefore, are important dimensions to be considered in the care process in different health devices, especially in CAPSad, a service aimed at caring for people with problems related to the use of alcohol and other drugs. Therefore, this study aimed to understand how the trajectories and life projects are constituted and their relationships with the significant social networks of women who abuse alcohol, accompanied in two CAPSad in the South of the country. Thus, a qualitative research was carried out with 11 women with a history of alcohol abuse. As instruments for data collection, the narrative interview and the construction of the network map were used. The data were analyzed based on the principles of Grounded-Theory and the content analysis, carried out with the aid of the Atlas.ti software, resulted in six categories, with their respective subcategories and analysis elements. The results indicated that the participants had life trajectories marked by different psychosocial difficulties and loss of bonds. In the personal sphere, the recurrence of psychic suffering and exclusion from the formal job market stand out. Most participants had difficulty recognizing their life projects, arousing feelings of lack of meaning and the emptying of existential meaning. In the relational dimension, the family represented the most important element, either as a driver of conflict and abandonment, or, on the other hand, as a source of affection and support. In relation to significant social networks, they were constituted mainly by family members and CAPSad professionals and presented limitations and weakening of bonds and their functions. With regard to alcohol use, for the majority, the beginning of use occurred through the mediation of another person and had different motivations, having remained abusive as a strategy to deal with different problems. Faced with the negative repercussions of alcohol abuse, the women accessed CAPSad in order to interrupt or reduce consumption, all of them positively evaluating the care received at the service, highlighting the bond with the professionals and the reception received. Considering the findings of this study, it is emphasized that alcohol abuse is a complex phenomenon, which requires an expanded understanding from the analysis of personal trajectories. It highlights the need for different health services, especially CAPSad, to advocate mediation in their care processes for the (re)construction of life projects and the strengthening of the significant social network of the people served.

**Keywords:** Women, alcohol abuse, social network, life project.

## RESÚMEN

El consumo abusivo de alcohol implica una serie de factores y determinantes, tanto individuales como sociales. Entre las mujeres, este es un fenómeno creciente y aún permeado por diferentes estigmas relacionados con el género. De los elementos a considerar sobre el abuso de alcohol por parte de las mujeres y su proceso de cuidado, se destacan la perspectiva del proyecto de vida y la red social significativa. Un proyecto de vida engloba diferentes dimensiones de la trayectoria de la persona, posibilitando la atribución de sentido y sentido a su existencia. Por otro lado, la red social significativa está constituida por los vínculos interpersonales considerados importantes y que ofrecen diferentes formas de apoyo al sujeto. Ambos son elementos fundante de los procesos de subjetivación y, por tanto, son dimensiones importantes a ser consideradas en el proceso de atención en diferentes dispositivos de salud, especialmente en el CAPSad, servicio destinado a la atención de personas con problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo comprender cómo se constituyen las trayectorias y proyectos de vida y sus relaciones con las redes sociales significativas de mujeres que abusan del alcohol, acompañadas en dos CAPSad en el sur del país. Por lo tanto, se realizó una investigación cualitativa con 11 mujeres con antecedentes de abuso de alcohol. Se utilizaron como instrumentos para la recolección de datos la entrevista narrativa y la construcción del mapa de red. Los datos fueron analizados con base en los principios de Grounded-Theory y el análisis de contenido, realizado con la ayuda del software Atlas.ti, resultó en seis categorías, con sus respectivas subcategorías y elementos de análisis. Los resultados indicaron que los participantes tenían trayectorias de vida marcadas por diferentes dificultades psicosociales y pérdida de vínculos. En el ámbito personal destaca la recurrencia del sufrimiento psíquico y la exclusión del mercado laboral formal. La mayoría de los participantes tuvo dificultad para reconocer sus proyectos de vida, despertando sentimientos de falta de sentido y vaciamiento del sentido existencial. En la dimensión relacional, la familia representó el elemento más importante, ya sea como motor de conflicto y abandono, o, por el contrario, como fuente de afecto y apoyo. En relación a las redes sociales significativas, estaban constituidas mayoritariamente por familiares y profesionales del CAPSad y presentaban limitaciones y debilitamiento de los vínculos y sus funciones. En cuanto al consumo de alcohol, para la mayoría, el inicio del consumo se dio por mediación de otra persona y tuvo diferentes motivaciones, habiendo permanecido el abuso como estrategia para enfrentar diferentes problemas. Ante las repercusiones negativas del abuso de alcohol, las mujeres accedieron al CAPSad para interrumpir o reducir el consumo, todas ellas evaluando positivamente la atención recibida en el servicio, destacando el vínculo con los profesionales y la acogida recibida. Considerando los hallazgos de este estudio, se destaca que el abuso de alcohol es un fenómeno complejo, que requiere una comprensión ampliada a partir del análisis de las trayectorias personales. Enfatiza la necesidad de que los diferentes servicios de salud, en especial los CAPSad, aboguen por la mediación en sus procesos de atención para la (re)construcción de proyectos de vida y el fortalecimiento de la red social significativa de las personas atendidas.

**Palabras clave:** Mujeres, abuso de alcohol, red social significativa, proyecto de vida.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Apresentação de categorias, subcategorias e elementos de análise .....	70
Quadro 2: Caracterização sociodemográfica das participantes .....	74
Quadro 3: Sobre a participante .....	75
Quadro 4: Família e relações amorosas .....	90
Quadro 5: Rede Social Significativa .....	107
Quadro 6: Trajetória e projeto de vida .....	122
Quadro 7: Relação com o álcool .....	139
Quadro 8: Trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad .....	156

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Mapa de Redes proposto por Sluzki.....	66
Figura 2: Adaptação do Mapa de Redes proposto por Sluzki.....	66
Figura 3: Mapa de Rede Geral .....	121
Figura 4: Mapa de Rede Individual da Participante 1.....	172
Figura 5: Mapa de Rede Individual da Participante 2 .....	174
Figura 6: Mapa de Rede Individual da Participante 3 .....	176
Figura 7: Mapa de Rede Individual da Participante 4 .....	178
Figura 8: Mapa de Rede Individual da Participante 5 .....	180
Figura 9: Mapa de Rede Individual da Participante 6 .....	182
Figura 10: Mapa de Rede Individual da Participante 7 .....	184
Figura 11: Mapa de Rede Individual da Participante 8 .....	186
Figura 12: Mapa de Rede Individual da Participante 9 .....	189
Figura 13: Mapa de Rede Individual da Participante 10 .....	192
Figura 14: Mapa de Rede Individual da Participante 11 .....	195
Figura 15: Nuvem de palavras das narrativas das 11 participantes .....	196

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Composição dos mapas de rede .....	112
Tabela 2: Descrição das funções predominantes da rede .....	115
Tabela 3: Descrição do total de funções desempenhadas pelos membros da rede .....	116
Tabela 4: Tempo de acompanhamento e frequência no CAPSad .....	160

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
3.1 Uso do álcool.....	14
3.1.1 Uso do álcool entre mulheres.....	18
3.1.2 Contexto familiar e o uso do álcool.....	23
3.2 Rede social significativa e o uso do álcool.....	28
3.3 Projeto de vida.....	33
3.3.1 Projeto de vida: mulheres e o uso abusivo do álcool.....	37
3.4 Cuidado e Atenção Psicossocial no contexto AD.....	41
3.4.1 CAPSad e o processo do cuidado.....	46
3.5 Ser mulher: reflexões acerca de sua condição.....	49
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>59</b>
4.1 Caracterização e delineamento.....	59
4.2 Caracterização do campo de pesquisa.....	60
4.3 Participantes.....	61
4.4 Instrumentos para a coleta de dados.....	62
4.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	67
4.6 Análise dos dados.....	68
4.7 Procedimentos éticos.....	70
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>70</b>
5.1 Caracterização sociodemográfica das participantes.....	74
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
6.1.1 Sobre a participante.....	75
6.1.2 Família e relações amorosas.....	90
6.1.3 Rede Social Significativa.....	107
6.1.4 Trajetória e projeto de vida.....	122
6.1.5 Relação com o álcool.....	139
6.1.6 Trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad.....	156
6.2 Trajetória de vida e rede social significativa: uma síntese.....	171
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>197</b>

<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>202</b>
<b>9 APÊNDICES</b> .....	<b>224</b>
<b>Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	224
<b>Apêndice B – Mapa de rede</b> .....	227
<b>Apêndice C - Roteiro de Entrevista Narrativa</b> .....	228



## 1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, 43% da população mundial fazia uso de álcool (OMS, 2018). Na América Latina e no Caribe, dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) demonstram que, em 2019, 75% da população adulta fazia algum consumo de álcool (OPAS, 2020). No Brasil, os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que 30% da população brasileira acima de 18 anos consumia bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, sendo que a região Sul representou a maior porcentagem, 35,6%. Já o percentual de pessoas que faziam uso do álcool uma vez ou mais por semana foi de 26,4%, 2,4% a mais do que o identificado na PNS de 2013 (IBGE, 2020a; IBGE, 2014).

Em tempos recentes, a emergência da COVID-19, decretada como pandemia pela OMS, em março de 2020, trouxe diversas repercussões psicossociais para a população mundial, entre elas, o aumento do consumo do álcool. Frente às diferentes medidas restritivas impostas pela pandemia, em um contexto de incerteza, insegurança e isolamento, a saúde mental das pessoas ficou em situação de maior risco, o que se associou com o aumento do uso do álcool (OPAS, 2020; Schmidt et al., 2021). Especificamente na região Cone Sul da América Latina, da qual o Brasil é integrante, no período da pandemia houve um aumento no Beber Episódico Pesado (BPE), definido pelo consumo de mais de 60 gramas de álcool puro em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias. Tal fato evidencia o impacto das condições ambientais, contextuais e sociais no abuso do álcool e elucida a importância de Políticas Públicas Específicas para o enfrentamento do problema psicossocial (OPAS, 2020).

O consumo do álcool e de outras drogas ocorre em diferentes contextos e com objetivos diversos. O uso de tais substâncias faz parte da história da humanidade, de seu desenvolvimento histórico, econômico, cultural e social. Na antiguidade, representava um evento ritualístico, associado a celebrações e festas; na Idade Média foi incluído aos rituais da Igreja Católica, sendo que seu uso social passa a ser disseminado entre a população; na contemporaneidade, os intentos são diversos, como a busca pelo prazer, o alívio de sofrimentos e de pressões sociais, constituindo um fenômeno presente em todas as classes sociais (Bolzan, 2015; Orth & Moré, 2008; Rameh-de-Albuquerque et al., 2017; Rodrigues & Krindges, 2017; Silva & Lyra, 2021).

Há uma distinção entre os diferentes padrões do uso de álcool. O uso social é compreendido como a utilização do álcool em dosagem e frequência que não produz

consequências prejudiciais. O uso abusivo refere-se a um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais: é considerado um uso nocivo. Já o padrão de uso frequentemente denominado como dependência, corresponde à necessidade exagerada de uso do álcool, com alteração dos critérios de controle em relação à frequência e a quantidade do consumo. Os problemas relacionados ao uso do álcool diferem em magnitude a depender do padrão de uso; enquanto no uso social os problemas associados são menores ou inexistentes, no abuso e dependência, os problemas associados são de maior gravidade (Duarte & Morihisa, 2013; Lopes et al., 2013). Nesta tese, adota-se a perspectiva do uso abusivo, entendendo que este padrão de uso é potencialmente produtor de problemas em diferentes aspectos da vida do sujeito, sem, contudo, considerá-lo como um sujeito dependente em que a centralidade da atenção se dá na substância.

São diversos os fatores envolvidos no fenômeno do abuso do álcool: pessoais, biológicos, socioculturais, que contribuem para o abuso da bebida alcoólica (OPS, 2015). Na atualidade, o abuso do álcool é um fenômeno recorrente e que abarca diferentes fatores psicossociais, não havendo uma resposta única e simples para o problema (Lima et al., 2018; Nery & Flach, 2017; Pillon et al., 2014; Silva 2012; Soccol et al., 2021; Wagner & Baldwin, 2020). Dessa forma, a constituição do problema envolve múltiplos determinantes sociais e as consequências negativas associadas ao consumo excessivo do álcool são amplas, podendo incluir prejuízos nos relacionamentos sociais, familiares, na saúde, trabalho e vida financeira (Grittner et al., 2021; OMS, 2018; Sharma et al., 2017; Zampieri, 2013, UNODC, 2020).

A família, por sua vez, pode constituir-se como um fator de risco ou de proteção para o abuso do álcool (Amodeo, et al., 2007; Barbosa, 2008; Borges et al., 2017; Borges & Schneider, 2021; Cugler & Figueiredo, 2021; Gomes & Brilhante, 2021; Guimarães et al., 2009b; Guimarães et al., 2019; Marangoni & Oliveira, 2013; Neves et al., 2021; Orth & Moré, 2008; Rodrigues & Krindges, 2017; Shahram et al., 2017; Soccol et al., 2018). Quando há o uso abusivo do álcool no contexto familiar, o problema afeta todo o sistema, produzindo vulnerabilidades e disfuncionalidades em todo o seu conjunto (Sanches et al., 2018; Silva, 2016). Isto torna-se ainda mais significativo quando a pessoa com problemas com o uso de bebidas alcoólicas é uma mulher, dado as expectativas em relação ao seu papel na dinâmica familiar.

O consumo do álcool entre a população feminina vem aumentando em sua incidência nos últimos anos, bem como na frequência e quantidade do uso (Corradi-Webster, 2009; OPS, 2015; Guimarães et al., 2009b; IBGE, 2020a; Keyes et al., 2019; Lopes et al., 2018; McCaul et al., 2019; Nascimento et al., 2020; Rasch et al., 2015). O Relatório de Situação Regional

sobre o Álcool e Saúde nas Américas, realizado pela Organização Pan Americana da Saúde (OPS, 2015), identificou que as mulheres das Américas têm a maior prevalência de transtornos pelo uso do álcool no mundo, sendo que os episódios de consumo excessivo aumentaram, nos últimos cinco anos, de 4,6% para 13% entre o público feminino.

Em relação ao uso do álcool por mulheres, em 2016, 32,3% das mulheres no mundo faziam uso da bebida alcoólica (OMS, 2018). No cenário brasileiro, o III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), realizado em 2015, verificou que 59% das mulheres já tinham feito uso do álcool na vida e 35% haviam usado nos últimos doze meses (FIOCRUZ, 2017). A PNS, de 2019, identificou um aumento da proporção de mulheres que consumiam álcool uma vez ou mais por semana, sendo que em 2013 o percentual era de 12,9% e, em 2019, esse número subiu para 17%, enquanto entre os homens o percentual manteve-se praticamente estável (37,1%) (IBGE, 2020a; IBGE, 2014).

No Brasil, o I e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizados em 2006 e 2012, respectivamente, avaliaram características do padrão de uso de álcool e identificaram um aumento em relação à frequência e quantidade do consumo entre o público feminino. Em 2006, 17% das mulheres que faziam uso do álcool afirmaram que a quantidade habitual de uso em um dia regular de consumo era de cinco doses ou mais, em 2012 esse percentual foi de 27%. Em relação ao beber em *binge*, que representa 4 doses ou mais para mulheres em um intervalo de até duas horas, também houve um aumento: em 2006 eram 36% das mulheres usuárias do álcool que faziam o consumo em *binge*, e em 2012 esse número subiu para 49%. A regularidade do consumo também teve um crescimento, em 2006 entre as mulheres que faziam o uso do álcool, 27% bebiam pelo menos uma vez na semana, em 2012 esse percentual foi de 38% (INPAD, 2012).

Embora o padrão do uso do álcool tenha aumentado entre o público feminino, ainda é muito presente no senso comum a ideia de que o uso abusivo do álcool é uma conduta aceita para o homem, enquanto para a mulher é algo condenável, visto com preconceito. A naturalização do consumo da bebida como um comportamento masculino traz desdobramentos para as mulheres que têm problemas com o uso de bebidas, entre eles, a perda de apoio social, sentimentos de vergonha, transgressão e culpa, o que resulta na tentativa de manter o consumo sob sigilo e, por consequência, acaba por agravar o sentimento de solidão e aprofundar o isolamento, fatores que são de risco para o aumento do consumo abusivo e para o afastamento dos processos de cuidado (Albuquerque & Nóbrega, 2016; Araújo, 2010; Alzuguir, 2014; Bolzan, 2015; Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Lennox et al., 2018; Lima et al., 2010; Lima et al., 2017a; Macedo et al., 2018; Martins & Nascimento, 2017; OPS, 2015; Rasch

et al., 2015; Santos & Romanini, 2019; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015; Zampieri, 2013). Estes dados denunciam a necessidade de ampliar a discussão sobre a questão de gênero e abuso do álcool no intuito de romper estigmas ainda muito presentes na nossa sociedade no que se refere ao papel e expectativas sociais em relação à mulher.

A presença de sentimentos de culpa, vergonha e solidão entre as mulheres que bebem abusivamente foi identificada entre as participantes do estudo de Silva e Lyra (2015), que ao investigar o significado do beber entre mulheres alcoolistas que procuravam tratamento em um serviço especializado, observaram que as participantes se consideravam mais penalizadas que os homens por fazerem o uso do álcool. Sentiam o preconceito social que envolve o alcoolismo feminino e afirmaram ser difícil assumir o problema, especialmente porque a família se distancia e, algumas vezes, o único apoio recebido é de amigas. Demonstraram que o processo de dependência do álcool foi marcado por preconceito e solidão; afirmaram terem perdido o apoio social, e isso estaria relacionado com a intolerância social destinada às mulheres que bebem de forma abusiva. Esses fatos corroboram com o resultado do estudo de Silva (2012), que identificou a perda do apoio social entre as mulheres que bebem, o que ocorreu de forma rápida em função da baixa tolerância social que envolve o beber feminino.

Em contraponto, o apoio social que é oferecido para a pessoa que faz o uso problemático do álcool constitui um elemento importante no processo de tratamento (Kahle et al., 2019; Lima et al., 2010; Litt et al., 2016; Souza et al., 2019; Wagner & Baldwin, 2020). Isso porque a rede social oferece suporte para o sujeito e contribui para a construção da sua identidade e seu bem-estar (Moré & Crepaldi, 2012), devendo ser um elemento fundante nos processos de assistência e promoção à saúde (Gaino et al., 2019). Meneses (2014), ao distinguir os conceitos de apoio social e rede social, salienta que as redes sociais são um sistema aberto, em constante construção e transformação individual e coletiva. Já o apoio social representa uma das principais funções desempenhadas pela rede e pode ser considerado o facilitador de sua construção.

Sluzki (1997) define a rede social como rede pessoal social ou rede social significativa, e pode ser compreendida como a integração de todas as relações que um sujeito entende como mais significativas e diferenciadas das demais relações que estabelece. Envolve, portanto, relações familiares, de amizade, trabalho e/ou estudo e relações comunitárias. Neste estudo, será utilizado o termo "rede social significativa" representando esse conjunto de relações e funções que a rede desempenha.

Corradi-Webster (2009) traz à tona a discussão acerca da rede social da mulher que faz uso abusivo do álcool. Para a autora, enquanto em torno do homem que bebe há uma rede de

apoio composta, por exemplo, por esposa, filhos e mãe, a mulher que faz o uso da bebida alcoólica frequentemente precisa cuidar-se sozinha: muitas vezes há o abandono por parte dos filhos e marido. Algumas vezes, o marido também é alcoolista e quando este não a abandona, cabe à mulher assumir também o cuidado pelo companheiro. A autora assinala que a literatura não tem privilegiado a discussão em torno da rede social e tem focado, principalmente, nas questões fisiológicas e individualizantes que envolvem o problema. Rameh-de-Albuquerque et al. (2017) acrescentam que se fazem necessários estudos específicos que integrem a rede social e o uso problemático de álcool e outras drogas.

Em relação à rede social e o uso abusivo do álcool por mulheres, Macedo et al. (2018), ao investigarem as condições de vida e formas de apoio social em assentamentos de reforma agrária no Piauí, verificaram que as mulheres participantes do estudo que faziam uso abusivo de álcool receberam baixo apoio social tanto nas dimensões materiais, afetivas e emocionais. Os dados do estudo demonstraram que, embora tivessem um número menor de mulheres que faziam uso problemático do álcool em comparação aos homens, a questão do gênero foi elemento determinante para a condição de vulnerabilização das mulheres, visto que elas recebiam menos apoio e, por outro lado, vivenciavam maior estigma e reprovação social. Paiva e Costa (2017) salientam que o uso de álcool e de outras drogas envolve contextos de vulnerabilidades e a relação que o sujeito estabelece com a substância.

O contexto das mulheres que fazem uso abusivo de álcool envolve também aspectos familiares e da rede social como um todo. Nesse sentido, é bastante relevante a realização de estudos que contemplem esta temática (Ebling et al., 2020; Lima et al., 2017a; Silva, 2016; Takahara et al., 2017). Além disso, frente a invisibilização das mulheres que fazem uso abusivo do álcool nos próprios serviços de saúde (Pierry et al., 2021; Santos & Romanini, 2019), é necessária a realização de estudos que abranjam questões psicossociais envolvidas no uso problemático e também sobre o processo de cuidado na trajetória de vida destas mulheres (Cugler & Figueiredo, 2021; Esper, 2015; Melo et al., 2010; Santos & Romanini, 2019; Silva & Lyra, 2021; Souza et al., 2019). Bolzan (2015) contribui afirmando que ainda é insuficiente a produção teórica relacionada ao fenômeno do uso de álcool e outras drogas pelas mulheres, e que estudar o contexto que envolve as mulheres possibilita compreender as complexidades que atravessam o universo feminino e a sua relação com a bebida alcoólica.

Os estudos anteriormente descritos trazem dados empíricos que associam diversas variáveis aos problemas relacionados ao uso de drogas entre mulheres, tais como a rede social, o sistema familiar, o contexto cultural e, nele, o significado do beber, entre outros aspectos, que ajudam a entender este fenômeno. Mas, o que está em jogo, de fato, nas vivências de

mulheres que abusam do álcool? Como compreender este fenômeno numa perspectiva de integralidade? Quais os impactos que tal compreensão traria para as reflexões sobre os processos de cuidado? Para tentar responder a estes questionamentos, é preciso manter a perspectiva dialética, que implica a compreensão de como a dimensão subjetiva (escolhas e seus motivos e móveis, racionalidades, emoções, sofrimentos) encontra seus determinantes na dimensão objetiva (relações materiais, sociais, culturais), a qual, ao mesmo tempo, só ganha dinamicidade, por ser realizada por sujeitos concretos em sua cotidiana trajetória em direção a um devir (Sartre, 2002). Sendo assim, o projeto de vida de sujeitos concretos, constituído em contextos objetivos específicos, é elemento vincular, que unifica a dimensão objetiva com o processo constante de constituição subjetiva. Deste modo, é um importante analisador para se compreender os fenômenos psicossociais, tais como o abuso do álcool entre mulheres.

O projeto de ser compõe a vida em todas as suas etapas, assim, a existência de um projeto de vida é uma condição humana, necessária em todas as fases do ciclo vital (Klein & Arantes, 2016; Moura, 2016). Trata-se de um projetar-se do sujeito para o mundo, tendo como expectativa o seu futuro, o que ajuda a dar sentido para a sua vida (Haertel, 2018; Hurtado, 2012). O projeto de vida representa a antecipação de trajetórias e biografias e busca viabilizar a sua realização com o estabelecimento de metas e objetivos pelos quais o projeto possa ser realizado. Um sujeito pode ter mais de uma estratégia para realizar seu projeto de vida; contudo, existe um projeto principal sob o qual os demais projetos estão subordinados (Velho, 2003).

O conceito de projeto de vida pode ser compreendido sob perspectivas teóricas distintas. Nesta Tese, embora se apresente diferentes autores e perspectivas, o conceito utilizado como norteador do estudo será o proposto por Velho (1997; 2003). Isso porque este autor relaciona a noção de projeto com a dimensão sociocultural, destaca a relevância das redes sociais para a sua construção e viabilização e chama a atenção para a questão do uso das drogas enquanto fenômeno atravessado por determinantes culturais, políticos e sociais (Velho, 1997; 2003). Deste modo, converge com a perspectiva epistemológica que sustenta a construção deste estudo.

Estudar questões relacionadas a projetos é de fundamental importância para compreender trajetórias e histórias pessoais (Velho, 2003). Entretanto, o estudo sobre projetos de vida representa um fenômeno complexo, que envolve expectativas pessoais, sociais e familiares dos sujeitos pesquisados (Santana et al., 2016). Diante de tal complexidade, embora haja, no Brasil, alguns trabalhos de investigação sobre projetos de vida, a dedicação para o estudo deste tema ainda é recente (Hurtado, 2012), especialmente no que se refere ao estudo de projetos de vida de mulheres que fazem o uso abusivo de álcool.

A maior parte dos estudos relacionados aos problemas que envolvem o uso de álcool tem como público os homens (Araújo, 2010; Barbosa, 2008; Marangoni & Oliveira, 2013); há um número menor de estudos que abordam especificamente a problemática entre as mulheres. Contudo, o uso entre elas tem aumentado em termos de frequência e quantidade (Guimarães et al., 2009b; Heredia et al., 2017; INPAD, 2012; Marangoni & Oliveira, 2013). Tais dados demonstram a necessidade da realização de mais estudos para ampliar o conhecimento acerca do fenômeno e a partir dos quais possa se elaborar políticas públicas de saúde e educação específicas para esta demanda, que atendam a especificidade do problema no contexto feminino (Corradi-Webster, 2009; Cugler & Figueiredo, 2021; Fejes et al., 2016; Guimarães, 2009a; Heredia et al., 2017; Lima et al., 2017a; Pierry et al., 2021; Pillon et al., 2014; Santos & Romanini, 2019; Silva, 2012; Silva et al., 2019; Tassinari et al., 2018; Zampieri, 2013).

Faz-se necessário pensar o processo do cuidado das mulheres com problemas relacionados ao uso do álcool, já que o público feminino é minoria no acesso à serviços especializados (UNODC, 2020). Trata-se de uma demanda relevante que requer a atenção às especificidades e necessidades da mulher que procura os serviços de saúde. Historicamente, os serviços de saúde direcionados para as demandas que envolvem o uso abusivo do álcool, especificamente os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), foram construídos para atender o público masculino, oferecendo, na maioria das vezes, atividades e recursos terapêuticos desvinculados das necessidades femininas (Cugler & Figueiredo, 2021; Rasch et al., 2015; Santos & Romanini, 2019).

Considerando a perspectiva da Atenção Psicossocial no Brasil, entendida como uma lógica de cuidado que se faz no território e em rede, rompendo com o paradigma doença-cura (Dimenstein et al., 2018; Santos & Yasui, 2016), a atenção e cuidado de mulheres com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas depende da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que considere as necessidades e demandas de gênero, que inclua a garantia do acolhimento, do vínculo e a continuidade do processo do cuidado (Cugler & Figueiredo, 2021; Pierry et al., 2021; Rasch et al., 2015).

O cuidado envolve atenção integral ao sujeito e vínculo entre profissional e usuário (Ayres, 2009). Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam um dispositivo de Saúde Pública que converge com essa lógica de cuidado. A partir do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os CAPS se constituem como serviços substitutivos do modelo manicomial e são produtores de novos territórios existenciais. Os CAPS são destinados a usuários com transtornos mentais e funcionam segundo a lógica do território, visando a fortalecimento da autonomia e reinserção social do sujeito (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil,

2021; Lancetti, 2015; Machado et al., 2020). Dentre as modalidades de CAPS, destacam-se, na temática aqui abordada, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), destinados ao atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas de forma intersetorial, territorializada, em que o cuidado se dá a partir do Projeto Terapêutico Singular, sob a lógica da Redução de Danos (RD) (Brasil, 2004; Costa, Ronzani et al., 2018; Lancetti, 2014; Trevisan & Castro, 2019).

O CAPS configura-se como um lugar fundamental de cuidado (Lancetti, 2015), sendo que, no processo de cuidar, o resgate do projeto existencial do usuário permite o estabelecimento de vínculo terapêutico e, com isso, ações em saúde que façam sentido para o sujeito (Ayres, 2009). Esta é a noção de cuidado que norteia o presente trabalho e que, portanto, demarca uma perspectiva teórica metodológica que converge com a lógica do cuidado psicossocial por compreender o sujeito na sua integralidade e considerá-lo o centro do processo, alguém capaz de estabelecer projetos e conduzi-los na sua trajetória.

Assim, considerando a importância dos projetos existenciais para o cuidado, o processo do cuidado de mulheres com problemas relacionados ao uso do álcool requer atentar-se para suas histórias e projetos de vida, principalmente diante da situação de precariedade e vulnerabilidade social, acirrada pela exclusão social que se desdobra da trajetória de abuso e dependência de drogas (Hurtado, 2012), prejudicando as possibilidades de se estabelecer projetos de vida possíveis e significativos. Nesse sentido, investigar projetos de vida de sujeitos que fazem uso problemático de álcool contribui para a compreensão do processo do uso e para planejar estratégias efetivas de cuidado considerando a realidade vivida por estes sujeitos (Fejes et al., 2016; Pires, 2011; Silva & Lyra, 2015; Zampieri, 2013).

Compreender os projetos e histórias de vida de mulheres que fazem uso abusivo do álcool contribui, portanto, para se pensar em estratégias específicas de cuidado para esta demanda (Corradi-Webster, 2009; Cugler & Figueiredo, 2021; Silva, 2012; Zampieri, 2013). Contudo, ao mesmo tempo em que se reforça a necessidade da realização de pesquisas sobre o uso abusivo de álcool entre as mulheres e os aspectos relacionados ao problema, depara-se com a dificuldade em acessar essas mulheres para a realização de estudos (Campos & Reis, 2010; Lima et al., 2017a; Zampieri, 2013). Tal dificuldade pode ser explicada pelo estigma e o preconceito que caracterizam o uso feminino, tornando o tema de difícil abordagem, a ponto de haver recusa das participantes a falarem sobre sua história de consumo do álcool (Campos & Reis, 2010).

A dificuldade em acessar participantes para pesquisas também está relacionada com o fato de que a questão do uso abusivo de álcool por mulheres ainda é um problema muito velado



(Lima et al., 2017a; Silva & Lyra, 2021). Contudo, diante disso, reafirma-se a necessidade de engendrar esforços para que estas mulheres sejam ouvidas e que, a partir disto, sejam elaboradas políticas públicas direcionadas para este público. Conhecer as especificidades que demarcam o problema entre as mulheres possibilita pensar em estratégias de prevenção e cuidado específicos para esta população (Bolzan, 2015; Cugler & Figueiredo, 2021; Fejes et al., 2016; Guimarães, 2009a; Heredia et al., 2017; Lopes et al., 2018; McCaul et al., 2019; Pierry et al., 2021; Zampieri, 2013).

Reforçar estratégias de prevenção e tratamento para o uso abusivo de drogas, entre elas o uso nocivo do álcool, compõe o terceiro objetivo dentre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), referentes à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável do Planeta. O objetivo 3 trata da saúde e bem-estar com vistas a assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos. Além disso, por tratar do uso do álcool entre as mulheres e os fatores específicos associados a este público, o presente estudo articula-se também com o objetivo 5 dos ODS, que se refere à igualdade de gênero e almeja, entre outras metas, acabar com todas as formas de discriminação contra as mulheres e adotar e fortalecer políticas consistentes que promovam igualdade de gênero e empoderamento das mulheres (ONU, 2015).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de articular vários analisadores que busquem se aproximar da complexidade do fenômeno, o que implica investigar os fatores que compõem o processo que envolve a mulher, a dimensão subjetiva, que se expressa na constituição de projetos de vida, e a dimensão objetiva, dada pelas relações sociais significativas e pelo contexto social ao qual está inserida e as trajetórias que a levam ao abuso do álcool e aos processos de cuidado. Conhecer os aspectos relativos a esta realidade na perspectiva das próprias mulheres é de grande relevância para compreender de que modo este problema se constitui e quais as suas consequências (Silva & Lyra, 2015). Considerando a necessidade de mais estudos acerca desta temática e tendo em vista a relevância das redes sociais significativas e dos projetos de vida na história de mulheres com problemas relacionados ao uso do álcool, e a importância da elaboração de estratégias de cuidado e atenção direcionadas para esta demanda, este estudo se propõe a responder à seguinte pergunta:

Como se constituem as trajetórias e os projetos de vida e suas relações com as redes sociais significativas de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, acompanhadas em dois CAPSad do Sul do país?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Compreender como se constituem as trajetórias e os projetos de vida e suas relações com as redes sociais significativas de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, acompanhadas em dois CAPSad do Sul do país.

### **2.2 Objetivos específicos**

- 1) Descrever as trajetórias de vida das mulheres e sua relação com o abuso do álcool;
- 2) Identificar os processos de constituição dos projetos de vidas destas mulheres;
- 3) Caracterizar a estrutura, os vínculos e suas funções, das redes sociais significativas das mulheres participantes do estudo;
- 4) Identificar quais as percepções das mulheres sobre o processo do cuidado no CAPSad em que são acompanhadas e suas relações com a rede social significativa e projetos de vida;
- 5) Relacionar as trajetórias, projetos de vida e a rede social significativa das participantes.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Uso do álcool

Segundo o Relatório Global da Organização Mundial da Saúde sobre álcool e saúde, em 2016, 43% da população mundial fez uso da bebida alcoólica nos últimos 12 meses e 57% não consumiu álcool neste período. Destes, 12,5% já haviam consumido na vida, mas cessaram o uso nos últimos 12 meses. Entre os anos de 2000 e 2016, houve uma redução do uso de álcool pela população mundial, sendo que em 2000, 47,6% fez uso do álcool no último ano, já, em 2016, esse número reduziu para 43%. Entretanto, a quantidade da bebida consumida aumentou na maioria das regiões do mundo (OMS, 2018). No Brasil, o consumo do álcool uma vez ao mais por semana se dá, principalmente, entre o público de 25 a 39 anos (31,5%) e entre as pessoas com escolaridade de nível superior completo (36%) (IBGE, 2020a). A iniciação do uso se dá mais precocemente entre os homens, por volta dos 17,9 anos, enquanto as mulheres iniciam o uso mais tarde, com média de 20,6 anos (IBGE, 2014).

O III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira realizado pela Fiocruz verificou que 51,6% dos homens e 35% das mulheres de 12 a 65 anos haviam bebido no último ano, o que corresponde a 43% da população brasileira. Entre aqueles que fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses, 38,4% fizeram em padrão de *binge drinking*, o que representa a ingestão de cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres num intervalo de até duas horas (Fiocruz, 2017). No que se refere à idade de início do consumo, o II LENAD (2012) mostrou que para a maioria dos homens o início acontece entre os 15 e 17 anos (41%); já entre as mulheres, este início é um pouco mais tarde: 51% iniciaram com 18 anos ou mais (INPAD, 2012).

O início do uso do álcool tem motivações diversas, ocorre em diferentes idades, momentos e circunstâncias da vida (Lima et al., 2018; Zampieri, 2013), sendo o consumo abusivo associado a diferentes prejuízos (Grittner et al., 2021). Especificamente em relação ao uso abusivo, este pode representar uma estratégia de enfrentamento diante de fatos ou demandas sociais com as quais o sujeito tem dificuldade para lidar de outra forma. Além disso, o incentivo de outras pessoas, a vivência de situações difíceis no contexto familiar e de trabalho podem contribuir para o uso excessivo da bebida alcoólica (Straub, 2014). O que não significa, contudo, um determinismo em relação à trajetória do uso.

Entre os anos de 2000 e 2016, houve uma redução do uso de álcool pela população mundial: em 2000, 47,6% fazia o uso do álcool; em 2016, esse número foi de 43%. Ainda

assim, a quantidade da bebida consumida em uma ocasião aumentou na maioria das regiões do mundo (OMS, 2018). Em relação ao Brasil, o país teve um crescimento econômico importante nos últimos anos, e há uma relação entre renda per capita e aumento do consumo de álcool (INPAD, 2012; OPS, 2015). Em relação a isto, Lima et al. (2010) sugerem que os baixos preços e fácil acesso da bebida alcoólica no país possibilitam que pessoas de diferentes classes sociais e econômicas estejam expostas e vulneráveis ao uso abusivo.

O álcool se configura como uma das principais substâncias de uso entre os usuários dos serviços de saúde, o que pôde ser confirmado no estudo de Faller et al. (2014). Realizado com 740 pacientes de cinco centros clínicos e de pesquisa em quatro capitais brasileiras, este estudo teve como objetivo avaliar as características dos usuários de álcool e outras drogas que procuram tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Seus resultados demonstraram que o álcool foi a droga mais consumida (78%) e também a substância que mais motivou a busca pelo tratamento. Convergindo com esse dado, os estudos de Albuquerque e Nóbrega (2016), que buscou identificar as barreiras e as facilidades encontradas por mulheres na busca por tratamento e de Tassinari et al. (2018), que caracterizou a população feminina que realizaram tratamento em um CAPSad, identificaram que o uso do álcool foi o principal motivo que levou as mulheres a acessarem serviços especializados para tratamento, também foi a principal substância de uso entre mulheres acompanhadas em CAPSad de Florianópolis (Lopes et al., 2018) e de CAPSad do interior paulista (Pillon et al., 2014; Santos et al., 2019). De fato, o uso abusivo de álcool é uma realidade frequente nos serviços de saúde do SUS e constitui-se como um problema de saúde pública (Brasil, 2015).

O uso da bebida alcoólica produz o aumento do nível de álcool no sangue, sendo que, com níveis baixos, os efeitos são as pessoas se sentirem alegres, confiantes e mais ativas. Entretanto, à medida que os níveis aumentam, o efeito depressor se pronuncia e começam a ocorrer prejuízos das funções cognitivas, dificultando o planejamento das ações, a resolução de problemas e a autoconsciência. Tal condição pode resultar em comportamentos e situações de risco para o sujeito, que seriam evitados caso não estivesse sob o efeito do álcool (Lopes et al., 2013; Straub, 2014). O álcool por sua ação depressora no organismo diminui o funcionamento do Sistema Nervoso Central, podendo reduzir a tensão psicológica e exercer função tranquilizadora no organismo, estando aí umas das principais razões do seu uso (Lopes et al., 2013; Silva, 2012; Straub, 2014).

Em termos fisiológicos, o álcool penetra nas membranas celulares e provoca instabilidade na comunicação intracelular. Além disso, interfere nos genes responsáveis pela regulação das funções celulares e síntese de neurotransmissores importantes como a dopamina

e noradrenalina (Straub, 2014). Contudo, analisar a questão do uso abusivo do álcool unicamente em uma perspectiva biológica ou focar nos seus efeitos fisiológicos, pode facilitar a associação do uso como sendo uma “doença”, o que tende a resultar em uma naturalização do problema como algo individualizante, uma patologia do próprio sujeito (Barbosa, 2008). Sobre este fato, o estudo de Alzuguir (2014) com homens e mulheres alcoolistas verificou que, para alguns participantes, receber um diagnóstico que lhes atribua a condição de “doentes” alivia a responsabilidade que sentem sobre o problema.

Para além das questões fisiológicas, é necessário que se atente para os determinantes e para os danos psicossociais do uso abusivo do álcool. Entre os aspectos psicossociais afetados, destaca-se a fragilização dos vínculos afetivos, comprometimento do convívio e das relações familiares, limitação das interações e relações sociais, prejuízos na vida laboral (Grittner et al., 2021; Rodrigues & Krindges, 2017), na saúde e na qualidade de vida (IBGE, 2020a). Esper (2015) corrobora que é necessária uma compreensão que contemple os aspectos psicossociais relacionados ao uso abusivo do álcool e suas consequências, a autora ressalta que entre os prejuízos psicossociais está a perda de emprego, complicações legais, redução ou perda de suporte social e comprometimento das relações familiares.

A partir do exposto cabe refletir que, embora seja relevante elucidar dados epidemiológicos em relação ao uso do álcool e aos fatores médicos e fisiológicos envolvidos na questão, é essencial que se considere os determinantes e efeitos psicossociais do problema, compreendendo o fenômeno em uma perspectiva do modelo integral em saúde. É necessário, portanto, que não se corra o risco de reduzir o problema a fatores individuais e culpabilizantes ou a demonização da droga, sem considerar a realidade de vida dos sujeitos e os múltiplos determinantes que constituem sua história de vida e de uso da substância psicoativa. Deste modo, tendo em vista que os serviços de saúde atendem uma expressiva demanda envolvendo o uso abusivo do álcool, é essencial que o atendimento e cuidado oferecido seja sob o viés da atenção psicossocial.

Santos e Yasui (2016) esclarecem que a perspectiva da atenção psicossocial pressupõe uma dimensão ética e política em que o cuidado seja construído intersetorialmente, no território e que privilegie os laços sociais ao invés da doença. A atenção que se propõe nessa perspectiva considera as diferentes realidades de vida e a determinação social da saúde com vistas a garantir a permanência do cuidado (Dimenstein et al., 2018), a equidade e integralidade (CFP, 2019). Neste horizonte, o cuidado sustenta-se no acolhimento do usuário a partir de uma escuta atenta a seu sofrimento e suas necessidades, o percurso do cuidado se dá de forma compartilhada entre usuário e profissionais (Santos & Yasui, 2016).

As ações no campo da atenção psicossocial direcionadas aos sujeitos que fazem uso abusivo de drogas devem priorizar o usuário e promover condições de potência de vida para ele (Nery & Flach, 2017), possibilitando seu fortalecimento e de sua saúde, a partir de pressupostos humanísticos (Lima et al., 2017b). Dentro desta perspectiva, reconhece-se que são vários os fatores de risco que influenciam o uso do álcool e seus níveis de consumo: alguns de ordem individual, como sexo, gênero e idade, outros são ambientais, como a disponibilidade da bebida, o ambiente e fatores socioeconômicos, outros ainda são sociais, como a qualidade das relações vividas nas redes pessoais significativas (OMS, 2018). Deste modo, a atenção psicossocial precisa considerar os diferentes determinantes envolvidos no problema.

Entre os determinantes envolvidos na questão do uso do álcool, é importante considerar que o consumo de bebida alcoólica constitui a vida social e atua como um mediador das relações e experiências sociais (Campos & Reis, 2010; Rodrigues & Krindges, 2017; Silva, 2012; Soccol et al., 2018). Há uma naturalização do consumo do álcool na sociedade, e a própria mídia reforça a imagem da bebida alcoólica como uma substância que proporciona uma sensação de prazer, liberdade e que aumenta as possibilidades de sociabilidade (Heredia et al., 2017). Esse não é um fato novo: desde que a bebida alcoólica e demais substâncias psicoativas eram utilizadas com finalidades místicas e ritualísticas até os dias atuais, associa-se sensações de prazer e socialização ao uso de tais substâncias (Bolzan, 2015; Rodrigues & Krindges, 2017). No entanto, sempre há o outro lado, principalmente quando o uso se torna problemático.

São vários os motivos que levam as pessoas a beberem e, na maioria das sociedades ocidentais, o consumo do álcool é estimulado (Heredia et al., 2017; Lima et al., 2018; Rodrigues & Krindges, 2017). Por outro lado, embora o uso de álcool e outras drogas seja uma realidade em nosso contexto histórico e cultural, a grande questão é quando este uso se torna abusivo e, por consequência, problemático, quando, então, o usuário frequentemente passa a ser estigmatizado pela sociedade e o problema ganha um cunho individual e culpabilizante (Sanchez et al., 2018). Nessa circunstância, são frequentes os sentimentos de vergonha e preconceito vivenciados entre sujeitos com problemas relacionados ao uso do álcool e que possuem histórico de busca por tratamento especializado em diferentes serviços e instituições (Alzuir, 2014). Nesse sentido, é de suma importância que os serviços de saúde atuem também no sentido de romper e desconstruir preconceitos relacionados ao problema.

As pessoas que fazem o uso prejudicial do álcool tendem a negar a existência do problema e escondê-lo da família, amigos e da sociedade (Lima et al., 2017a). Contudo, a rede social, que envolve justamente relações comunitárias, de amigos e familiares, representa um importante elemento de apoio na atenção e no processo do cuidado de sujeitos que fazem o uso

problemático do álcool (Lima et al., 2010; Litt et al., 2016; Nardi et al., 2017; Sanches et al., 2018; Souza et al., 2019). Considerando esse dado, os serviços de saúde devem elaborar estratégias de fortalecimento de vínculos e de redes de apoio que atuem como fator de proteção na prevenção ao uso abusivo do álcool.

Para além do processo do cuidado, é de suma importância o planejamento e execução de estratégias de saúde pública para prevenção, articulando uma abordagem que relacione os aspectos sociais, psicológicos e biológicos envolvidos no problema (Barbosa et al., 2018). Pensar em estratégias de prevenção e cuidado frente às demandas relacionadas ao uso abusivo do álcool é fundamental, especialmente em relação ao público feminino, dado o aumento do problema entre as mulheres, ao mesmo tempo em que se avanta a invisibilidade da questão entre esse público (Corradi-Webster, 2009; Fejes et al., 2016; Guimarães, 2009a; Rasch et al. 2015). Neste sentido, ganha relevância um aprofundamento mais específico sobre o uso entre as mulheres, proposta da presente pesquisa.

### **3.1.1 Uso do álcool entre mulheres**

O levantamento realizado, em 2016, pela OMS, demonstrou que nos últimos doze meses 32,3% das mulheres no mundo fizeram o uso do álcool, sendo que 54,6% estavam abstêmias nos últimos 12 meses e 13,1% já tinham bebido, mas cessaram o uso no último ano (OMS, 2018). Na América Latina e no Caribe, 75,3% das mulheres adultas tinham feito o uso do álcool pelo menos uma vez ao mês no ano de 2019 (OPAS, 2020). Especificamente no Brasil, o número de mulheres que afirmaram, em 2015, terem feito o uso de álcool nos últimos doze meses foi de 35%, 3% a menos que em 2012. Em relação ao uso do álcool na vida, 59% das mulheres já haviam bebido e 9,5% já fizeram uso em padrão de *binge* (Fiocruz, 2017).

Em relação aos dados envolvendo gênero e uso do álcool, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, demonstrou que 37,1% dos homens faziam o uso do álcool uma vez ou mais na semana; já entre as mulheres, 17,0% afirmaram beber semanalmente. O uso abusivo do álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi uma realidade para 26% dos homens e para 9,2% das mulheres (IBGE, 2020a). No que se refere ao gênero e a dependência do álcool, o III LNUD indicou que entre a população que fez uso do álcool no último ano, 4,6% dos homens e 2,1% das mulheres apresentaram dependência do álcool conforme critérios estabelecidos pelo DSM-IV (APA, 2014; Fiocruz, 2017).

Os dados epidemiológicos demonstram diferenças do nível de consumo do álcool entre homens e mulheres, e embora haja uma tendência do aumento do consumo entre as mulheres

(IBGE, 2020a) estas ainda consomem consideravelmente menos (Faller et al., 2014; Fiocruz, 2017; Lopes et al., 2018; OMS, 2018; OPAS, 2020). Para Corradi-Webster (2009), um dos efeitos desse dado é que, como socialmente não se espera o uso do álcool pela mulher, aquelas que o fazem são estigmatizadas, especialmente em contextos em que as relações de gênero são mais desiguais. Nesse cenário, a mulher que faz o uso abusivo da bebida alcóolica estaria fugindo da norma e desempenhando um comportamento inapropriado; se o uso for frequente, será tipificado pelas pessoas próximas como uso problemático já que não se trata de uma conduta esperada. Essa situação pode produzir na mulher que bebe sentimento de culpa e vergonha, levando-a a negar quando questionada sobre o consumo. Por este motivo, os dados epidemiológicos podem não representar um retrato fiel da realidade.

Mesmo ponderando possíveis inconsistências dos dados epidemiológicos, nas últimas décadas tem se confirmado o aumento do uso abusivo do álcool entre mulheres (Campos & Reis, 2010; IBGE, 2020a; INPAD, 2012; Keyes et al., 2019; Lopes et al., 2018; Marangoni & Oliveira, 2013; McCaul et al., 2019). Este aumento pode estar associado à ampliação das possibilidades de inserção das mulheres em diferentes contextos. Essas novas atuações possíveis no mercado de trabalho, associados com demandas familiares e sociais, tendem a produzir uma sobrecarga para a mulher e o uso do álcool pode representar uma forma de protesto ou fuga frente a estas demandas e conflitos (Barbosa, 2008). Além disso, é necessário considerar que, na atualidade, as mulheres têm vivenciado novas possibilidades de vida com mais liberdade e autenticidade e o uso do álcool pode compor essas novas configurações da vida feminina na sociedade.

Ainda é uma realidade frequente o fato de que enquanto para o homem o hábito de beber representa virilidade e é entendido como algo natural, para a mulher, a conduta do beber é estigmatizada e socialmente condenada (Alzuguir, 2014; Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Lima, et al., 2010; Lennox et al., 2018; Santos & Romanini, 2019; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015; Silva & Lyra, 2021). Por outro lado, uma vez que o uso do álcool não é, nos contextos mais conservadores, algo esperado enquanto conduta feminina, em alguns casos o ato de beber pode representar uma ação emancipatória para a mulher na tentativa de conquistar os mesmos direitos que os homens, demarcando assim sua autonomia e liberdade em relação a seus corpos e comportamentos, ampliando, seus espaços de pertencimento, saindo da esfera privada e se apropriando de espaços públicos, inclusive enquanto contextos para o uso (Tyler et al., 2019). Nesse sentido, o beber pode representar a busca de igualdade de gênero (Corradi-Webster, 2009), processo que tende a contribuir para o aumento do uso do álcool entre mulheres (Bolzan, 2015).



Além das questões relacionadas ao gênero, o estudo de Silva e Lyra (2015) demonstrou que, muitas vezes, as mulheres fazem o uso do álcool no intuito de aliviar a ansiedade, reduzir as tensões, produzir o bem-estar e a socialização. Em decorrência disso, o uso acaba acontecendo com maior frequência e mais precocemente, podendo desencadear, como demonstrado por Campos e Reis (2010), uma potencialização do consumo abusivo. No estudo de Deus (2012), realizado em Portugal com mulheres que faziam o uso abusivo do álcool, as participantes citaram o uso do álcool como estratégia para suportar os problemas, diminuir a tristeza e busca de alívio para as pressões que a vida doméstica e a maternidade impõem. Nesse cenário, o álcool representaria uma estratégia para lidar com o sofrimento, assim como no estudo de Silva (2012), cujas participantes elencaram como principais motivos para o início do abuso as separações conjugais e perdas de pessoas queridas que resultaram em sentimentos de desprezo e angústia.

Há uma série de fatores associados ao uso do álcool pela mulher (Ebling et al., 2020; Esper, 2015; Esper et al., 2013; Pillon et al., 2014; Santos et al., 2019; Silva & Lyra, 2015). No estudo de Nascimento et al. (2020), por exemplo, que teve como objetivo descrever a associação entre os fatores sociodemográficos e o consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural, verificou-se que a baixa renda das mulheres era um fator que favorecia o uso abusivo do álcool. Já os dados encontrados no estudo de Silva e Lyra (2015), demonstraram que o uso da bebida alcoólica compunha a vida das participantes em diferentes fases do ciclo, acometendo mulheres de diferentes idades, escolaridade, estado civil, religiões e ocupações. Fatores biológicos, psicológicos e socioculturais mostraram-se relevantes na determinação da problemática.

A questão do abuso do álcool pela mulher também envolve questões fisiológicas importantes, isso porque o álcool é metabolizado de forma mais lenta no organismo feminino, e este produz menos enzima álcool desidrogenase, que é a enzima responsável por decompor o álcool no organismo. Além disso, o fato de as mulheres terem, frequentemente, um peso corporal menor do que o dos homens, faz com que apresentem um nível maior de álcool no sangue comparativamente, mesmo tendo consumido a mesma quantidade da bebida alcoólica. Essa diferença resulta em um risco maior para a mulher desenvolver dependência do álcool, complicações no fígado e nos pulmões, mesmo com níveis inferiores de consumo (Albuquerque & Nóbrega, 2016; OPS, 2015; Straub, 2014).

Embora a constituição biológica e fisiológica da mulher a predisponha aos efeitos prejudiciais do uso abusivo do álcool, cabe ressaltar a necessidade de não limitar a compreensão do problema sob um viés biomédico. É essencial que, para além da questão

biológica, esta mulher seja considerada em sua integralidade, como alguém que está inserida em um contexto sociocultural que interfere no seu modo de vida. Assim, a compreensão do uso abusivo do álcool pela mulher e seus efeitos, precisa se dar de modo amplo, considerando os diferentes e diversos fatores envolvidos na determinação do problema. A partir disso, pode-se pensar em estratégias de prevenção, atenção e cuidado.

Se as evidências demonstram as diferenças fisiológicas e maior vulnerabilidade da mulher em relação aos prejuízos do uso abusivo, faz-se necessária a criação de políticas de prevenção específicas para o público feminino (Corradi-Webster, 2009; OPS, 2015; UNODC, 2020). É importante reconhecer as diferenças que envolvem o gênero e o uso abusivo do álcool para que se elaborem políticas públicas direcionadas exclusivamente para as mulheres (Bolzan, 2015; Cugler & Figueiredo, 2021; Fejes et al., 2016; Guimarães, 2009a; Heredia et al., 2017; Lopes et al., 2018; McCaul et al., 2019; Pierry et al., 2021; Pillon et al., 2014; Santos & Romanini, 2019; Silva et al., 2019; Tassinari et al., 2018; Zampieri, 2013). Entretanto, não se trata apenas de adaptar serviços e atendimentos para atender o público feminino, mas sim criar estratégias específicas destinadas às mulheres (Silva, 2012).

Campos e Reis (2010) levantam a questão de que o fenômeno do uso abusivo do álcool por mulheres vem sendo tratado, muitas vezes, em uma perspectiva médico-psiquiátrica, com ênfase nos aspectos fisiológicos e metabólicos que atuam no desenvolvimento do alcoolismo. Nesta perspectiva, há uma tendência à fragmentação na compreensão do fenômeno, o que impossibilita uma visão integral da mulher que vivencia esse processo, como evidenciado em alguns dos estudos supracitados. Corradi-Webster (2009) complementa que há, também, uma tendência dos estudos acerca do uso do álcool entre as mulheres a atribuírem a estas unicamente a posição de vítimas da vida, estigmatizadas pelo consumo, envergonhadas, criticadas e abandonadas, enquanto poucos estudos seriam destinados aos possíveis benefícios do uso. Deste modo, parece necessário avançar na compreensão do fenômeno, ao considerar a mulher de forma integral e como alguém capaz de conduzir e se responsabilizar por sua trajetória.

Na trajetória que envolve o uso do álcool, é importante considerar que o uso pode facilitar interações sociais, promover aproximações e relações sociais; entretanto, o uso abusivo traz complicações em diferentes aspectos da vida da mulher (Cugler & Figueiredo, 2021; Silva, 2012). Nesse caso, os prejuízos que o uso do álcool acarreta para sua vida são diversos e envolvem o contexto social, familiar e laboral (Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Deus, 2012; Esper, 2015; Esper et al., 2013; Grittner et al., 2021; Santos et al., 2019). Contudo, a questão do uso problemático de álcool entre as mulheres ainda permanece pouco evidenciada, com baixa procura das mulheres pelos serviços de tratamento (Ait-Daoud et al., 2017; Barbosa,

2008), além disso, os serviços e profissionais de saúde nem sempre estão preparados para atender as singularidades que envolvem o uso abusivo do álcool por mulheres (Esper et al., 2013).

Frequentemente, a mulher que tem problemas relacionados ao uso do álcool demora ou mesmo não procura tratamento. Tal fato pode estar associado com a dificuldade de entender o uso como problemático, pouca credibilidade no tratamento, preocupação com possibilidade de perda da guarda dos filhos, além do sentimento de culpa, vergonha e medo (Albuquerque & Nóbrega, 2016; Small et al., 2010). Em consonância, o dado encontrado no estudo de Silva e Lyra (2015) em relação à suposta resistência das mulheres que fazem uso problemático do álcool para procurarem ajuda, as participantes justificaram essa indisposição em função da visão que a sociedade tem delas, ao considerá-las imorais, com comportamentos inapropriados e negligentes com os papéis e funções a elas atribuídas, como o de mãe e esposa. Esses fatos postergaram a procura pelo tratamento e isso trouxe prejuízos relevantes. Tais dados sugerem que não se trata exclusivamente de uma resistência da mulher para buscar tratamento, mas a representação social da mulher que abusa do álcool é que constitui uma barreira de acesso aos serviços.

Historicamente, no contexto familiar, o papel que a mulher ocupa frente aos problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas não é o de quem usa, mas sim de alguém responsável pelos cuidados de quem faz o uso abusivo (Melo & Corradi-Webster, 2016; Menandro et al., 2019; Pierry et al., 2021; Sanches et al., 2018). Demarca-se, assim, a representação da figura da mulher frente a esta temática como aquela que cuida, e não a que recebe cuidados, já que o uso de álcool e outras drogas não corresponde ao papel feminino na sociedade. Campos e Reis (2010), ao buscarem compreender as representações e significados elaborados sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro especializado, verificaram que a representação das próprias mulheres participantes do estudo em relação à mulher que faz uso abusivo é de alguém que não cumpre seu papel social de esposa, mãe e de quem deveria zelar pela casa e família.

A existência do estigma envolvendo a mulher que faz uso abusivo do álcool fica clara quando a sociedade, diferente do que faz quando se trata de um problema masculino, não atribui nenhum aspecto de doença, mas sim de desvio de caráter (Silva, 2012). Ao analisar a questão do uso de drogas na história da humanidade, verifica-se que há poucas menções sobre mulheres e quando há relatos de que estas faziam o uso, prevalece o julgamento de que se tratava de uma transgressão cujo comportamento deveria ser condenável. Essa problemática tem sido pouco explorada na atualidade, isso porque historicamente a questão dos problemas relacionados ao

uso de álcool e outras drogas corresponde ao universo masculino (Bolzan, 2015). Araújo (2010) lembra que apenas nos últimos vinte anos há registros de estudos específicos sobre a temática do consumo do álcool entre as mulheres, indicando uma escassez na literatura.

Como consequência do estigma que envolve mulheres que bebem, frequentemente estas perdem vínculos e relações significativas. Tal fato pôde ser observado no estudo de Silva e Lyra (2015) que, ao buscar conhecer o significado do beber entre mulheres alcoolistas que procuravam tratamento em um serviço especializado, identificaram que sentimentos de tristeza, prazer, preconceito e solidão compõem a vida de mulheres que fazem uso abusivo do álcool. As participantes relataram que o uso nocivo da bebida comprometeu suas atividades sociais, resultou na perda do apoio social, especialmente da família, e as colocou em uma situação de isolamento e solidão. Complementando, Litt et al. (2015) identificaram que as mulheres recebem menos apoio social do que os homens e tal realidade pode estar associada ao estigma envolvido na problemática da bebida alcoólica pela mulher (Silva, 2012).

A questão da rede social é elemento importante na história de mulheres que fazem o uso abusivo da bebida alcóolica, a frequência destas mulheres no bar geralmente é um comportamento solitário, por outro lado, é nesse contexto que existe alguma possibilidade interação social e de estabelecimento de redes de relações sociais, mesmo que relações mediadas pelo uso da bebida (Campos & Reis, 2010). Frequentemente o uso do álcool pela mulher se dá pela mediação da rede social (McCucheeon et al., 2016; Silva & Lyra, 2021), especialmente pelas relações de maior proximidade, como marido e companheiro (Stanesby et al., 2018; Pollitt et al., 2020).

Se por um lado o uso abusivo do álcool pode ser mediado pelas relações sociais, por outro, a questão da solidão vivenciada por mulheres que fazem uso abusivo do álcool é uma realidade confirmada em diferentes estudos (Litt et al., 2015; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015). Silva (2012) evidenciou que as participantes demonstraram a ambivalência entre a tristeza e o prazer, o preconceito e a solidão. A questão da solidão, representando a fragilidade dos vínculos sociais e familiares constituem-se elementos relevantes que precisam ser compreendidos.

### **3.1.2 Contexto familiar e o uso do álcool**

A família constitui-se como o primeiro sistema de relações interpessoais de um indivíduo, é o contexto inicial do desenvolvimento humano (Cardoso et al., 2020; Koller et al., 2020; McGoldrick et al. 2012) podendo este configurar-se como um ambiente de proteção ou de risco para o sujeito (Costa, Costa et al., 2018; Neves et al., 2021; Silva, Oro et al., 2021). O

sistema familiar representa a dinâmica de papéis e tarefas desempenhadas por cada membro no ambiente intrafamiliar e é a partir do relacionamento entre os membros que se estabelecem os vínculos de reciprocidade e interdependência (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick et al., 2012). Em função dessa dinâmica, o uso abusivo do álcool e de outras drogas por um membro constitui um problema com repercussão em todo sistema familiar. Quando um membro da família faz o uso abusivo de álcool, toda a família é coparticipante do problema (Guimarães et al., 2019; Schenker, 2008; Silva, 2016), ocorrendo uma série de problemas e disfunções que produz impacto nas relações interpessoais e na dinâmica familiar como um todo (Amodeo et al., 2007; Araújo, 2010; Orth & Moré, 2008; Takahara et al., 2017).

Da mesma forma que a família representa um lugar de proteção e assistência, frequentemente o ambiente familiar é o contexto de início do uso de álcool e outras drogas, não necessariamente problemático (Amodeo, et al., 2007; Barbosa, 2008; Borges et al., 2017; Borges & Schneider, 2021; Cugler & Figueiredo, 2021; Gomes & Brilhante, 2021; Guimarães et al., 2009b; Guimarães et al., 2019; Marangoni & Oliveira, 2013; Neves et al., 2021; Orth & Moré, 2008; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al., 2018; Shahram et al., 2017; Soccol et al., 2018). O estudo de Cugler e Figueiredo (2021) realizado com usuárias de um CAPSad, identificou que entre as mulheres participantes do estudo, o início do uso do álcool ocorreu no ambiente familiar. Em consonância, o estudo de Rodrigues e Krindges (2017), sobre consequências psicossociais atreladas ao início precoce de consumo de álcool na adolescência, verificou que entre os participantes do estudo o início do uso do álcool ocorreu na adolescência e algumas vezes com a mediação de um familiar. Diante desta realidade, Silva (2016) destaca que é importante a elaboração de estratégias de prevenção que envolvam crianças e adolescentes, especialmente os com histórico do uso do álcool na família. Além disso, é fundamental que estas estratégias se estendam para a família e toda comunidade.

Embora o uso de álcool pelas gerações anteriores represente um fator de risco para as gerações seguintes, isso não significa, necessariamente, que todos os filhos de pai e/ou mãe que faziam o uso problemático irão desenvolver problemas relacionados à bebida. A dependência do álcool na família não é algo linear, generalizado e com futuro predeterminado; ao contrário, o próprio processo de tratamento deve buscar romper com estigmas e estereótipos ligados à família em função do uso do álcool (Silva, 2012). Especificamente no caso de mulheres que fazem o uso abusivo da bebida alcóolica, é necessário atentar-se para a possibilidade do padrão de repetição na transgeracionalidade, uma vez que estudos indicam o contexto familiar como mediação para o início do uso (Araújo, 2010; Guimarães, 2009a; Marangoni & Oliveira, 2013; Orth & Moré, 2008)

O estudo de Guimarães (2009a), que teve como objetivo comparar aspectos do funcionamento familiar de mulheres dependentes e não dependentes de álcool, identificou que o alcoolismo feminino tende a ser passado na transgeracionalidade; além disso, a história familiar de uso também era maior na família da mãe. Este dado, chama a atenção para a necessidade de se pensar em Políticas Públicas específicas de prevenção entre as mulheres, considerando a possibilidade da história do uso ser transmitida por elas para as gerações futuras. Schenker (2008) complementa que a melhor forma de prevenir é investir na promoção de relacionamentos, vínculos e relações saudáveis no contexto familiar e comunitário. Além disso, Araújo (2010) indica que é necessário considerar a relação entre conjugalidade, relações e papéis familiares e o uso de álcool por mulheres.

Padrões de repetição associados ao uso do álcool e contextos de violência e conflito familiar foram uma realidade identificada em diferentes estudos (Cugler & Figueiredo, 2021; Deus, 2012; Marangoni & Oliveira, 2013; Martins & Nascimento, 2017; Shahram et al., 2017; Souza et al., 2016). Muitas das participantes do estudo de Deus (2012) apresentaram padrões de repetição no que concerne à perpetuação de um ciclo de violência, que inicia na infância e se replica posteriormente nas relações estabelecidas com diferentes companheiros. Da mesma forma que foram vítimas de um pai alcoolista que as maltratavam, mais tarde se relacionavam com homens também agressivos e, muitas vezes, alcoolistas. Além do uso do álcool, a análise bibliométrica realizada por Martins e Nascimento (2017) evidenciou que fatores como escolaridade, pobreza e história familiar de violência contribuem para que a violência doméstica se perpetue.

No que concerne especificamente ao alcoolismo feminino, há uma associação entre a dependência do álcool e violência, especialmente a violência nas relações conjugais. A mulher alcoolista tende a ter relações conjugais mais conflituosas e alianças disfuncionais (Guimarães, 2009a; Veloso & Monteiro, 2019). Veloso e Monteiro (2019) identificaram que o fato da mulher fazer o consumo do álcool, aumenta em 2,15 vezes a chance de sofrer violência pelo parceiro íntimo. Nos estudos de Cugler e Figueiredo (2021) e Souza et al. (2016) foi possível identificar que situações de violência e o uso de drogas atravessaram gerações, e que as mulheres participantes tinham uma trajetória marcada por agressões físicas, psicológicas e afetivas. Já entre as participantes do estudo de Deus (2012), mais de um terço afirmaram que o início do uso excessivo do álcool ocorreu após terem sido vítimas de maus tratos físicos e sexuais e pela infidelidade do cônjuge. Silva (2012) também verificou que a separação conjugal foi um dos principais motivadores para o início do uso do álcool pelas mulheres.

A questão conjugal foi explorada no estudo de Deus (2012) e os resultados demonstraram que das 100 mulheres participantes, apenas cinco afirmaram que a relação conjugal era boa. A existência de relações extraconjugais e maus tratos físicos e psicológicos por parte do cônjuge foi referida por 44 mulheres, que afirmaram ainda que esta situação traz sofrimento. Além disso, identificou-se que o alcoolismo do companheiro representa um fator determinante na violência doméstica. Corroborando com estes dados, no estudo de Zampieri (2013), que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres dependentes do álcool, verificou-se que o uso abusivo de álcool pelos companheiros das participantes do estudo representava um fator de risco para o uso problemático do álcool por elas, dado também identificado no estudo de Marangoni e Oliveira (2013).

Em relação ao estado civil e o uso de álcool por mulheres, as participantes do estudo de Heredia et al. (2017) que afirmaram serem separadas apresentaram maior prevalência para o uso abusivo do álcool quando comparadas às participantes que referiram serem solteiras ou casadas. Por outro lado, ter um companheiro que faz uso abusivo do álcool representa um fator de risco (Deus, 2012; Pollitt et al., 2020; Soccol et al., 2018; Stanesby et al., 2018; Zampieri, 2013). O fato da mulher estar em um relacionamento íntimo com alguém que faz o uso de álcool é um dos principais motivos para que ela inicie e/ou aumente o padrão de uso (Araújo, 2010; Stanesby et al., 2018).

Além da conjugalidade, o sistema familiar como um todo está imbricado na problemática que envolve o uso abusivo do álcool. Contudo, é difícil saber se as relações disfuncionais frequentemente observadas entre os usuários podem ser o resultado do consumo ou se os padrões familiares disfuncionais é que influenciaram o sujeito a fazer o uso abusivo de drogas (Faller et al., 2014). O estudo de Takahara et al. (2017), sobre as relações familiares e o uso de álcool e outras drogas, oferece uma direção a esta questão: seus resultados demonstraram que, quando as relações familiares são conflituosas e marcadas pelo distanciamento, tanto físico como afetivo, esse fato representa um fator de risco para o uso abusivo de álcool e outras drogas. Por outro lado, quando as relações familiares são próximas e saudáveis, constituem um fator de proteção para o uso abusivo e para o tratamento. Em relação à dinâmica das relações familiares e o uso do álcool, Kuntsche et al. (2011) confirmaram que a depender da qualidade das relações familiares, a família pode representar fator de risco ou de proteção ao uso abusivo do álcool.

Considerar a dinâmica das relações familiares facilita a compreensão do fenômeno que envolve o uso abusivo do álcool e outras drogas (Cugler & Figueiredo, 2021; Ebling et al., 2020; Schenker, 2008). A interferência do uso do álcool nas relações familiares foi elucidada

no estudo de Rodrigues e Krindges (2017) em que os participantes da pesquisa afirmaram sentirem-se culpados por não terem acompanhado a infância e desenvolvimento dos filhos em função de estarem, na maioria das vezes, sob o efeito do álcool. Corroborando com este fato, a revisão integrativa realizada por Takahara et al. (2017) identificou que em dois dos estudos analisados os participantes fizeram menção ao sentimento de abandono e distanciamento da família em decorrência ao uso do álcool e outras drogas.

Se, por um lado, pode haver o distanciamento da família, frequentemente esta representa uma fonte de apoio importante para o tratamento (Araujo & Corradi-Webster, 2019; Ebling et al., 2020; Guimarães et al., 2019; Rodrigues & Krindges, 2017; Ruiz et al., 2021; Sanches et al., 2018; Schenker, 2008; Souza et al., 2019). Este fato se verificou também no estudo de Albuquerque e Nóbrega (2016), em que a maioria das mulheres participantes do estudo que faziam uso abusivo do álcool afirmaram ter buscado tratamento por consideração à família, especialmente aos filhos, pais e companheiros.

O apoio da família para o cuidado da mulher que faz o uso problemático do álcool é bastante importante, porém, frequentemente esse processo se constitui de modo inverso, conforme demonstrado no estudo de Lima et al. (2010) que buscou apreender do discurso de alcoolistas os significados do feminino e a interface destes com a saúde mental. Nesta pesquisa, viu-se que na maioria das vezes, o papel feminino, especificamente no contexto envolvendo uso de álcool e família, é marcado por representações da mulher como fonte de apoio social, como alguém que sofre, é passiva e submissa frente ao masculino. Nesse sentido, no estudo de Sanches et al. (2018), sobre os significados constituídos por indivíduos em tratamento devido ao uso problemático de álcool e outras drogas com relação à participação da família, o papel da mulher também foi demarcado como aquela que cuida, a quem lhe é atribuída a responsabilidade pelo cuidado do familiar homem que está em processo de tratamento pelo uso do álcool e outras drogas.

No estudo de Campos e Reis (2010), realizado com mulheres em tratamento em um Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras drogas, embora as participantes tenham expressado inconformismo em relação à submissão da mulher nas relações familiares, evidenciou-se a representação de que o lugar da mulher é em casa, e os relatos demonstraram o sofrimento delas por não se reconhecerem como aquela capaz de cuidar e zelar pela casa e família em função do uso abusivo do álcool. Já entre as participantes do estudo de Macedo et al. (2018), chama a atenção o fato de que as mulheres casadas e com filhos foram as que apresentaram menor apoio social, indicando que a condição de vida familiar, neste caso, ser



casada e com filhos, reduziu o apoio recebido de ordem material, emocional, afetivo, de informação e de interação positiva.

Impõe-se, assim, uma reflexão sobre o papel da mulher na dinâmica familiar e as expectativas a ela direcionadas. Ao mesmo tempo, cabe refletir sobre o fato de que a ruptura no cumprimento do que lhe é esperado pode resultar em situações de abandono e pouco comprometimento da família e da rede social como um todo em relação à mulher, aos problemas relacionados ao uso do álcool e ao seu processo do cuidado – o que acontece menos com relação ao homem que não cumpre as tarefas socialmente designadas. Já foi destacada a importância da família como fator de risco e/ou proteção para o uso do álcool e também em relação ao processo de tratamento, os resultados do estudo de Sanches et al. (2018) reforçam esse fato. Os participantes que contaram com a participação da família em todo o processo de tratamento reconheceram a importância desse apoio, representando uma fonte de conforto e segurança. Por outro lado, aqueles que não contaram com o apoio da família relataram um distanciamento em relação aos familiares, em alguns casos estes oferecem apoio material, mas pouco apoio afetivo.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a família e demais membros da rede social são elementos essenciais na trajetória de vida das mulheres que fazem o uso problemático do álcool, tanto no que se refere ao início, à continuidade e ao aumento do uso, como no processo que envolve o cuidado. Entretanto, não se trata apenas de existir uma rede de relações: é necessário considerar os tipos de vínculos existentes e as funções desempenhadas pelos membros, assim como propõe o modelo das redes sociais significativas apresentado por Sluzki (1997).

### **3.2 Rede social significativa e o uso do álcool**

A rede social significativa constitui o conjunto de relações mais importantes que um sujeito mantém e que desempenham diferentes funções (Sluzki, 1997). As redes sociais representam a soma de relações de uma pessoa ou grupo e oferecem as fontes de reconhecimento do sujeito e da construção de sua identidade. Elas são construídas nas práticas sociais e envolvem os papéis desempenhados pelos membros que a compõem (Meneses, 2014). A rede se constitui pela presença de vínculos aos quais o sujeito atribui significado e importância e a quem recorre quando precisa de assistência, auxílio em momentos e situações difíceis e na busca pelo alcance de seus objetivos. As funções desempenhadas pela rede

envolvem o suporte social, orientação, auxílio nas resoluções de problemas e companhia (Ornelas, 2008).

As redes sociais representam o conjunto de relações a partir das quais o sujeito se constitui, seja por relações com instituições (serviços de saúde, agências sociais, igrejas, associações) ou com família, amigos e colegas. Estas relações possibilitam trocas e podem desempenhar funções de apoio social (Guedes et al., 2017; Loures et al., 2016; Seibel et al., 2017; Souza, 2010). Sejam as redes de ordem individual, familiar, institucional ou comunitária, caracterizam-se como um dos principais recursos que um sujeito dispõe, principalmente no que se refere ao apoio recebido e percebido (Moré & Crepaldi, 2012). Os vínculos sociais de fato constituem-se como um dos principais recursos para o enfrentamento de dificuldades (Bauman, 2009) e sua importância foi intensificada no período da Pandemia da COVID-19 em que a manutenção do contato e conexão com os vínculos das redes sociais foi mediado pelo uso das tecnologias, indicando assim a potencialidade e adaptabilidade das redes sociais (Gong et al., 2021).

A rede é constituída pela soma dos vínculos significativos que estão em permanente conexão e interação em um processo de influência e trocas recíprocas (Sluzki, 1997; Souza et al., 2006), frequentemente composta, entre outros membros, por familiares e amigos próximos (Neves et al., 2019). A forma como as redes sociais se caracterizam relaciona-se com o ciclo do desenvolvimento individual ou familiar, com a inserção em grupos e interações que acontecem de forma voluntária em um determinado contexto e momento específico. Elas também podem se constituir a partir de relações formais/institucionais, neste caso com fronteiras e limites bem estabelecidos. As características das redes sociais impactam a vida do sujeito e sua família e representam um elemento relevante no processo do ciclo desenvolvimental (Seibel et al., 2017; Moré & Crepaldi, 2012).

As redes sociais envolvem dois elementos correlacionados, mas distintos, um deles se refere ao significado da rede e o outro, ao efeito do suporte para o sujeito e/ou família. Há redes que se formam no decorrer da vida do sujeito e sua família, com relações de longo prazo, de intimidade e vínculos próximos. Há também as redes sociais propriamente ditas, formais ou informais, que se distinguem pelo suporte efetivo prestado ao sujeito (Moré & Crepaldi, 2012). Ornelas (2008, p.192) define o suporte social “em termos da existência ou quantidade de relações sociais em geral ou, em particular, quando incide sobre relações conjugais, de amizade ou organizacionais e, por vezes, pode ser definido e medido em termos das estruturas das relações sociais do indivíduo.”

A estrutura, composição e qualidade das relações entre membros da rede de suporte pode interferir na acessibilidade, sensibilidade e eficiência da rede para funcionar como recursos de assistência (Guedes et al., 2017; Ornelas, 2008; Pizzinato et al., 2018). A interação entre os membros da rede social envolve os vínculos, a comunicação e a relação entre eles. Estas relações sociais possibilitam dar sentido à vida, contribui na construção da identidade, propiciam o sentimento de valorização, de ser importante para alguém e capaz de oferecer suporte social. Desta forma, dentro das redes enseja-se práticas e ações direcionadas para cuidado social e autocuidado (Meneses, 2014), enfrentamento de dificuldades e superação do isolamento social (Caridade et al., 2015; Krenkel et al., 2021; O’Sullivan et al., 2021; Pizzinato et al., 2018; Santini et al., 2021).

O isolamento afeta o processo saúde-doença e deixa o sujeito mais suscetível ao adoecimento, por esta razão as redes sociais ganham relevância já que atuam para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Guedes et al., 2017; Lima et al., 2010; Santini et al., 2021; Sluzki, 1997; Silva, Strobbe et al., 2021; Souza, 2010; Souza et al., 2019). A partir da rede social, o sujeito pode sentir-se reconhecido pelo outro, esse sentimento relaciona-se com sentir-se compreendido e aceito em suas emoções, dificuldades, opiniões, comportamentos e ações. A ajuda pode ser de ordem material ou em forma de conselhos e demonstra a relevância das redes e das funções desempenhadas por ela para o sujeito, sua família e demais relações próximas (Moré & Crepaldi, 2012).

Em relação às funções desempenhadas pela rede, elas podem ser caracterizadas em seis diferentes funções: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos. A companhia social corresponde à companhia para a realização de atividades ou apenas estar junto. No apoio emocional há uma atitude emocional positiva, compreensão e empatia, essa função frequentemente é desempenhada por membros de vínculos mais próximos. A função guia cognitivo e conselhos refere-se ao compartilhamento de informações, esclarecimento e oferece modelos de papéis. A regulação, por sua vez, atua na resolução de conflitos, lembra e reafirma responsabilidades. Ajuda material e de serviços correspondem à ajuda profissional e ajuda física. Acesso a novos contatos representa a mediação para a ampliação das relações e conexões com pessoas de outras redes (Sluzki, 1997).

As redes sociais significativas possuem algumas características estruturais, são elas: tamanho; densidade; composição/distribuição; dispersão; homogeneidade/heterogeneidade e os tipos de funções desempenhadas. O tamanho da rede se refere ao número de membros que a compõe, para uma rede ser considerada efetiva o ideal é que tenha tamanho médio, entre 8 e

10 membros. A densidade representa a conexão entre os membros da rede independente do sujeito focal. Composição ou distribuição corresponde à posição dos membros na rede, em termos do contexto de relação e grau de proximidade do vínculo. A dispersão demonstra o distanciamento geográfico entre os membros, o que compromete o acesso e a sensibilidade da rede para as dificuldades do sujeito. A homogeneidade/heterogeneidade demográfica e sócio cultural representa a diversidade entre os membros da rede, a diversidade pode proporcionar trocas benéficas ou produzir tensões (Sluzki, 1997).

Já em relação aos atributos dos vínculos das redes sociais, são seis e a partir deles pode-se compreender a dinâmica dos vínculos. O atributo função predominante representa a função ou conjunto de funções principais desempenhadas pelo vínculo; a multidimensionalidade refere-se à versatilidade do vínculo, ou seja, quantas funções uma mesma pessoa desempenha; reciprocidade corresponde a mutualidade no desempenho de funções entre sujeito focal e membro da rede; intensidade demonstra o compromisso e grau de intimidade da relação; frequência dos contatos reforça a necessidade da manutenção do contato especialmente quando há distanciamento e, por último, o atributo história do vínculo relaciona-se com o tempo da relação, desde quando se conhecem (Sluzki, 1997).

Entre as características de rede social, as funções desempenhadas pelos membros são especialmente importantes no processos saúde-doença (Moré & Crepaldi, 2012; Silva, Strobbe et al., 2021; Souza, 2010). Fato confirmado no estudo de Gaino et al. (2019) que teve como objetivo analisar a relação entre percepção de apoio social e sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos entre mulheres, os resultados demonstraram uma associação entre insatisfação com o apoio social e sofrimento psíquico. Deste modo, conhecer a rede e suas funções, permite que os profissionais da saúde possam maximizar suas estratégias de intervenção com o acionamento da rede quando necessário possibilitando um cuidado integral ao sujeito (França et al., 2018).

A rede social exerce influência no processo do uso e/ou cessação de álcool e outras drogas (Cavalcante et al., 2012; Kahle et al., 2019; Litt et al., 2016; McCutcheon et al., 2016; Souza et al., 2006; Tracy et al., 2016). O estudo de McCutcheon et al. (2016) sobre a rede social de mulheres que fazem uso abusivo do álcool identificou que a presença de membros que fazem uso abusivo do álcool na rede constitui-se como um fator de risco para as mulheres, fato também verificado no estudo de Tracy et al. (2016) sobre a influência das redes sociais no tratamento de mulheres em função do abuso de substâncias. Por outro lado, o estudo de Kahle et al. (2019) relacionado ao suporte social, orientação sexual e uso de drogas destacou a

importância do suporte social como estratégia fundamental para a redução dos problemas envolvendo o abuso de drogas.

As redes sociais são de suma importância para o fortalecimento e promoção da saúde, especificamente no contexto que envolve o uso problemático de álcool e outras drogas (Cavalcante et al., 2012; Kahle et al., 2019; Litt et al., 2015; Loures et al., 2016; Silva et al., 2021; Souza et al., 2006; Wagner & Baldwin, 2020). Pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas frequentemente têm suas relações sociais e afetivas prejudicadas (Lopes et al., 2013), especificamente nos casos envolvendo o uso abusivo do álcool, a tendência é que ocorra o afastamento das pessoas próximas e, por consequência, o isolamento social do sujeito e da família (Choi & DiNitto, 2011; Nardi et al., 2017) sendo necessário, portanto, que as equipes de saúde considerem essa realidade no processo do cuidado e busquem fortalecer as redes do sujeito e maximizar o apoio a este oferecido.

O apoio social, que é umas funções desempenhadas pela rede, configura-se como um importante fator de proteção ao uso abusivo de álcool e ao adoecimento e atua como elemento promotor da saúde (Macedo et al., 2018; Nardi et al., 2017). No contexto do uso abusivo do álcool, o apoio social representa o suporte emocional ou instrumental em forma de afeto, atenção, companhia, informação e assistência. Tais ações permitem que o sujeito se sinta cuidado, amado, valorizado e seguro, contribuindo para que consiga planejar e conduzir sua vida (Lima et al., 2010).

Os membros da rede social representam fonte importante de apoio e suporte social para quem faz o uso abusivo do álcool. O suporte social oferecido pode ser em relação à ajuda instrumental, como um auxílio financeiro, ou apoio emocional que envolve empatia, cuidado e ações que auxiliem o sujeito a sentir-se pertencente a um grupo (Cavalcante et al., 2012; Lima et al., 2010; Ruiz et al., 2021). Por outro lado, as redes sociais também podem configurar-se como fator de risco, dado verificado no estudo de Heredia et al. (2017), sobre as variáveis realacioandas ao uso do álcool entre mulheres universitárias, no qual as redes sociais das mulheres participantes do estudo representaram um fator de risco para o uso do álcool. Da mesma forma, no estudo de Litt et al. (2016) que investigou a relação entre rede de apoio e o uso do álcool verificou-se que a presença de membros que fazem uso abusivo do álcool na rede pode representar um fator de risco ao invés de se constituir como um fator de proteção. Deste modo, destaca-se o fato de que, a depender das características das redes sociais, estas podem ser efetivas ou não efetivas no apoio e suporte oferecido (França et al., 2018), representando fator de proteção ou de risco para o uso abusivo do álcool.

As redes sociais das mulheres que fazem uso problemático do álcool tendem a ser restritas e com fragilidade de vínculos (Amodeo et al., 2007; Campos & Reis, 2010; Litt et al., 2015; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015; Souza et al., 2006). O estudo de Macedo et al. (2018) identificou que quanto maior o consumo do álcool pela mulher e os problemas a ele associado, menor a percepção de apoio social em todas as dimensões. A associação do uso abusivo do álcool e uma rede social frágil de vínculo e funções deixa a mulher em uma situação de maior vulnerabilidade e pode comprometer suas perspectivas e projetos de futuro, isso porque, conforme salienta Hurtado (2012), a falta de apoio constitui uma limitação a para a elaboração de projetos de vida.

### **3.3 Projeto de vida**

O sujeito se constitui no social, sob a mediação de relações e a partir de projetos de vida. A perspectiva de projeto de vida desenvolvida por Velho (1997; 2003) e adotada no presente trabalho, elucida a noção de "projeto" como a perspectiva que traz à tona as possibilidades de escolhas que um sujeito possui em um determinado tempo e contexto. Nesse cenário, a escolha individual representa um elemento central para a compreensão dos processos de transformação de uma sociedade. Entender que em qualquer situação, cultura ou sociedade, existe um campo de possibilidades, favorece a compreensão das mudanças e permite, a partir da delimitação deste campo, perceber a essência e viabilidade de projetos pessoais (Velho, 1997). Assim, descreve o autor, "o projeto não é um fenômeno puramente interno, subjetivo. Formula-se e é elaborado dentro de um *campo de possibilidades*, circunscrito histórica e culturalmente" (Velho, 1997, p. 29).

O projeto de vida compõe a vida dos sujeitos e contribui para atribuição de sentido, coerência e unicidade da existência humana (Velho, 1997), envolve sonhos e planos futuros (Moura, 2016; Pizzinato et al., 2016) e situam-se em um sistema hierárquico de desejos e interesses (Alves, 2016). Representa um lançar-se ao mundo para dar sentido e significado às ações e experiências existenciais vividas pelos sujeitos, demonstrando objetivos, necessidades e desejos. Muitas vezes, as aspirações são concretas e referem-se à realização no trabalho e estudo, mas podem também ser direcionadas para objetivos mais amplos, como ser bem-sucedido e ser feliz (Hurtado, 2012). Pelo desempenho de tarefas e papéis importantes, o sujeito procura desenvolver seu potencial tanto individual como coletivo, viabilizando sua satisfação pessoal, reconhecimento familiar e orgulho de si (Santana et al., 2016).

O projeto pode ser entendido como um conjunto de ações organizadas por um sujeito concreto, que visam atingir determinado objetivo; contudo, sua construção e implementação depende de um campo de possibilidades de ordem sociocultural (Velho, 2003). Projeto é algo que pode ser comunicado, por uma linguagem que visa ao outro. Não se trata, portanto, de um fenômeno unicamente subjetivo; ao contrário, o projeto é potencialmente público. Sua matéria prima é de ordem cultural e, mesmo que parcialmente, um projeto precisa fazer sentido entre os contemporâneos (Velho, 1997). Desde modo, o projeto de vida constitui-se nas relações e transforma-se a partir das transformações das relações humanas (Mandelli et al., 2011).

Os projetos individuais estão relacionados a contextos socioculturais específicos e à rede de relação na qual o sujeito está imerso. Desde modo, um projeto não é estritamente individual, ele é referenciado no social, planejado e efetivado em função de experiências socioculturais, das vivências e interações (Velho, 1997), ao estar atrelado às condições históricas, sociais e culturais e ao processo de construção de identidades (Mandelli et al., 2011; Moura, 2016). Considerando que os projetos pessoais são referenciados no social e relacionam-se com a rede de relações do sujeito, estabelece-se assim uma estreita relação com sua rede social significativa, uma vez que ela possibilita que o sujeito se reconheça como tal, sinta-se pertencente a uma teia de relações e tenha melhores possibilidades de existência (Sluzki, 1997).

Quanto maiores as possibilidades de contato com experiências diferentes e quanto mais abertas forem as redes sociais de um sujeito, maiores as chances de ele perceber-se como alguém provido de uma individualidade singular. Essa consciência de individualidade lhe permite ampliar a elaboração de seu projeto. A racionalidade e eficácia de um projeto são delimitados pelo contexto sócio histórico; as ideias e condutas que compõem um projeto estão fundamentadas em outros projetos situados no mesmo espaço-tempo. Por esta razão, é essencial compreender as características das redes sociais em que os sujeitos estão inseridos e se constituem (Velho, 1997).

As relações estabelecidas com os sujeitos contemporâneos vão influenciar a concretização dos projetos e oferecer limites para os projetos individuais (Velho, 1997). Os projetos individuais estabelecem interações uns com os outros, dentro de um campo de possibilidades, a partir de pressupostos culturais compartilhados. Trata-se de um processo complexo em que um sujeito, dotado de escolhas, pode ter projetos diferentes e até contraditórios (Velho, 2003). Isso porque, frente às possibilidades de realização, o sujeito faz uma escolha a partir de sua situação e de sua história de vida (Alves, 2016).

A construção de um projeto de vida envolve escolhas, e a própria concepção de humanidade se relaciona com a capacidade de escolhas e metas que orientam as trajetórias de

vidas dos sujeitos. Dessa forma, a constituição do ser humano depende de seus projetos, que são elaborados a partir de seus valores e representam uma direção e um sentido para a vida (Klein & Arantes, 2016). Langaro (2019), a partir de uma perspectiva existencialista sartriana, aborda o conceito de projeto de ser, que se relaciona com a noção de projeto de vida, e elucida que os sujeitos:

Constituem-se a partir de suas escolhas e de ações que estão sempre relacionadas a um projeto, um desejo de ser. Suas escolhas cotidianas relacionam-se a uma escolha fundamental, que os levam a um projeto de ser fundamental, caracterizado pela totalização de ações em curso, que é o ser humano. Nesse projeto, movido por um desejo de ser, pode-se pensar que é principalmente a partir desse desejo – especificado em diferentes desejos concretos – que o ser se move e se orienta no estabelecimento de suas relações no mundo (Langaro, 2019, p. 55).

O projeto de ser envolve a história de vida do sujeito e suas relações, é direcionado para um devir e expressa a totalização do sujeito, sempre em curso. Desta forma, em um primeiro momento, o homem existe no mundo, ou seja, age; posteriormente é que vai constituir-se como o sujeito que é, a partir das relações que estabelece, delineando assim sua essência, sua personalidade, seu projeto de ser (Schneider, 2011). O ser humano se constitui em uma relação dialética que envolve aspectos particulares, singulares, e aspectos do mundo, universais, portanto; para compreendê-lo, é necessário que seja em uma perspectiva singular/universal. Cada ato, cada particularidade de um sujeito, é reflexo do projeto de ser que está construindo à medida que se lança no mundo. Deste modo, para investigar algo da vida de um sujeito, uma possibilidade é fazê-lo refletir sobre a própria vida, levando-o a atribuir sentido aos diversos aspectos que compõem o seu projeto de vida, fazendo-o emergir (Levy, 2015).

O sujeito constitui-se como um ser que faz escolhas e as faz tendo em vista seu projeto, sendo que estas escolhas podem ser feitas de forma espontânea ou a partir de uma consciência reflexiva crítica para escolher (Langaro, 2019). Mesmo que as escolhas de um sujeito se deem em um contexto social que as influenciam, estas são essencialmente individuais: o sujeito é liberdade para definir o sentido que deseja atribuir para a sua vida, portanto, ao ser liberdade, ou seja, ao escolher seus caminhos, passa a definir-se e conduzir seu projeto de ser (Schneider et al., 2021). O processo de escolha envolvido no projeto de ser traz à tona a centralidade do sujeito, sujeito esse dotado de possibilidades, contudo, conforme salientam Santana et al. (2016), reconhecer-se como um sujeito de desejo e de possibilidades representa um desafio que precisa ser superado, pessoal e coletivamente.

O existencialismo compreende que o sujeito, ao ser lançado no mundo, é liberdade ao fazer suas escolhas, sendo responsável por todas as suas ações. Entretanto, essa liberdade é



situacional, já que as escolhas dependem da condição em que são realizadas (Langaro, 2019), ou como diz Velho (1997, 2003), dependem de um campo de possibilidades que se colocam para o sujeito como condição de escolha e com as quais ele terá que se virar. O elemento central para a compreensão do homem está relacionado com a escolha fundamental que o sujeito faz de si mesmo, sendo que tal escolha é revelada em todos os atos, sentimentos, pensamentos e concretiza-se no seu projeto de ser (Schneider, 2011; Schneider et al., 2016).

Dentro do campo de possibilidades, o projeto de vida vai sendo constituído e, em relação a ele, o sujeito orienta sua vida e atribui sentido a ela (Mandelli et al., 2011). Entretanto, não é fácil identificar como se constitui um projeto: pode-se atribuir razões para as condutas dos sujeitos, interpretar suas ações e atribuir motivos para elas. Porém, não é possível afirmar se o resultado observado corresponde efetivamente ao que os sujeitos de fato projetaram (Velho, 1997), pois os sujeitos podem ter ideias do que gostariam de concretizar, mas não se mobilizam para isso, principalmente quando, em função do estigma e da vulnerabilidade social, constituem-se como sujeitos que se sentem incapazes de realizar alguns de seus sonhos (Levy, 2015). Sendo assim, para se conhecer efetivamente um projeto, é necessário que as pessoas falem e ofereçam informações sobre ele (Velho, 1997).

O sentimento de incerteza quanto à manutenção e realização de um projeto de vida é uma realidade já identificada em outros estudos (Levy, 2015; Pizzinato et al., 2016). No estudo de Levy (2015), o fato dos participantes, usuários de crack, terem desejos e planos em relação a seu futuro não significou, necessariamente, que tenha sido possível que se mobilizassem para a elaboração de um planejamento para a concretização de seus projetos. Em consonância, o estudo de Pizzinato et al. (2016), que teve como objetivo analisar interfaces de gênero e território como marcadores identitários presentes nas falas e produções de imagens sobre projetos de vida de jovens mulheres de zonas rurais, identificou a presença da ambivalência entre a concepção do projeto de vida e sua possibilidade real de concretização. Tais elementos demonstraram a complexidade que envolve o projeto de vida, uma vez que não se limita a ter o projeto, mas envolve as condições possíveis de escolhas e viabilidade de sua realização.

A concretização de um projeto de vida envolve o reconhecimento da realidade externa e social bem como daquilo que confere sentido e significado à existência do sujeito (Haertel, 2018). Além disso, é importante considerar que os projetos são dinâmicos, podem mudar, transformar-se ou serem substituídos por outros. Isso acontece porque os autores dos projetos têm uma biografia, vivem em um determinado tempo e em uma determinada sociedade, são influenciados por ações de outros autores e por mudanças sócio-históricas (Velho, 1997). A questão do projeto envolve a noção de tempo; Mandelli et al. (2011) destacam que o projeto de

vida envolve perspectiva de futuro, em um movimento demarcado pela temporalidade, sendo assim, o projeto relaciona-se com a possibilidade de vir a ser.

Os projetos pessoais fundem-se com a trajetória do sujeito, e nesse sentido é pela compreensão da trajetória e não apenas da posição de um sujeito, família ou grupo que se torna possível explicar sua história. Contudo, é necessário considerar não só o sentido da trajetória, mas seu ritmo e direção - ela possui caráter explicativo a partir do qual pode-se perceber a trajetória enquanto expressão de um projeto. Um projeto de vida precisa ter um nível de racionalidade que viabilize o alcance de expectativas, mesmo que mínimas; requer ainda algum planejamento que considere os riscos e perdas individuais e coletivas envolvidos na realização do projeto (Velho, 1997). Nesse sentido, a elaboração e execução de projetos de vida precisa estar em consonância com o grau de maturidade dos sujeitos envolvidos (Schenker, 2008).

Em associação ao planejamento, as emoções compõem o projeto, representam sua matéria prima e sua constituição. Os sentimentos e emoções ligados ao projeto são orientados em relação a normas de um grupo e/ou de uma sociedade, o que impactará na possibilidade de sua viabilização e efetivação (Velho, 1997). Por outro lado, na vida contemporânea, a diminuição dos vínculos sociais é uma realidade frequente, ao mesmo tempo em que há uma valorização e um aprofundamento do individualismo no contexto social, processo que vem modificando os percursos e projetos de vida dos sujeitos (Borges, 2013).

Além das questões que envolvem o individualismo e relações sociais, outros determinantes sociais interferem na constituição e concretização de projetos. Identificar a existência de projetos de vida significativos é especialmente difícil entre sujeitos que vivem em condição de vulnerabilidade social, com privação de acesso a condições básicas de vida e de oportunidades econômicas, sociais e culturais que advém do Estado, do mercado ou da sociedade, que poderiam desempenhar uma função de auxílio para esses sujeitos no intuito de produzir trajetórias de futuro que correspondam aos anseios dos sujeitos (Hurtado, 2012). Entre esses sujeitos privados de oportunidades, de acesso a condições básicas e marcados pela invisibilidade, fruto do estigma social, estão as pessoas que fazem o uso abusivo do álcool, as quais têm dificuldade para construir e viabilizar seus projetos de vida (Levy, 2015; Pires, 2011; Small et al., 2010).

### **3.3.1 Projeto de vida: mulheres e o uso abusivo do álcool**

Considerando a problemática que envolve o uso abusivo do álcool, as questões relacionadas a condições e projetos de vida são especialmente difíceis para as mulheres, que

vivenciam, além de outros problemas, o estigma que o beber feminino envolve (Macedo et al., 2018). Zampieri (2013) elucida a dificuldade de mulheres pensarem em projetos futuros quando sua realidade de vida é marcada por dificuldades de toda ordem. As participantes do estudo desenvolvido pela autora referiram condições desfavoráveis de vida que incluíam o fato de não terem previdência social, trabalharem em funções pouco valorizadas como faxineiras e domésticas e ter uma renda familiar inferior ao necessário.

Macedo et al. (2018) verificaram uma associação entre uso do álcool e outras drogas e condições de vida insatisfatórias, incluindo precariedade de moradia, renda, saneamento e acesso limitado à saúde e educação. A pesquisa de Albuquerque e Nóbrega (2016) demonstrou fatos da realidade de vida das mulheres participantes do estudo que impactam em seus projetos de vida, como o fato de que 54,5% não trabalhavam fora ou tinham trabalho remunerado e 40,9% delas não tinham renda alguma. Da mesma forma, Marangoni e Oliveira (2013) identificaram a recorrência de situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres participantes do estudo, que incluíam prejuízos de vínculos, experiência de violência, desabrigo e falta de renda.

Entre as participantes do estudo de Shahram et al. (2017), jovens gestantes indígenas canadenses com histórico de consumo de drogas, apesar das trajetórias serem atravessadas por dificuldades e conflitos, elas vislumbravam projetos otimistas para o futuro, incluindo uma vida longa ao lado da família. Já as mulheres acompanhadas em CAPSad, participantes do estudo Fejes et al. (2016), ao falarem sobre seus desejos e planos, expuseram que, para a realização de seus projetos futuros precisam cumprir uma série de atividades, como interromper o uso da droga, estudar e trabalhar. Os projetos estavam relacionados ao futuro, sinalizando um movimento através da temporalidade. Os projetos de vida das participantes, independente de seu contexto econômico e social, foram marcados por desejos como ter uma profissão, renda, estudar, viver em família e retomar projetos de vida que haviam sido esquecidos.

A questão profissional representa um elemento significativo na perspectiva de projetos de vida (Hurtado, 2012). Sobre essa realidade, o estudo de Zampieri (2013) identificou que o fato das mulheres estarem trabalhando associou-se com o menor consumo do álcool; em contrapartida, não estar trabalhando aumentava as chances do uso abusivo. O estudo de Melo et al. (2010) também verificou que as mulheres participantes tinham uma condição social e econômica bastante precária: além da baixa escolaridade, a maioria delas estava desempregada, e aquelas que trabalhavam recebiam baixa remuneração e não tinham registro profissional.

A esfera laboral parece especialmente comprometida para as mulheres. Em relação a este fato, o estudo de Scott (2018), sobre os significados do “empoderamento feminino” em

diferentes contextos, ao demonstrar a precariedade da compreensão da diversidade e as repercussões nas relações de gênero de projetos de desenvolvimento, como o de construção uma usina hidrelétrica, a realização de um megaevento esportivo e a construção de um complexo portuário, demonstrou que a força de trabalho da mulher era menos valorizada e as oportunidades de trabalho eram essencialmente masculinas, especialmente as de planejamento e gestão. O papel das mulheres nestes grandes projetos foi representado como de profissionais coadjuvantes que atuavam como mediadoras para viabilizar projetos planejados e executados por outros, sem a efetiva participação feminina. Nestes projetos, mais mulheres tiveram perdas e foram vítimas das obras do que beneficiadas por elas. Deste modo, fica claro que o papel da mulher ainda é menosprezado e retira delas oportunidades que lhes são capturadas antes mesmo da possibilidade de realização.

As próprias escolhas profissionais das mulheres, quando possíveis, tendem a serem construídas socialmente de acordo com as expectativas do papel feminino. Pizzinato et al. (2016) expõem que as escolhas profissionais das mulheres, direcionadas para profissões relacionadas ao cuidado, assinalam uma estratégia de viabilização de um projeto de vida que inclua a vida profissional, mas que não rompa integralmente com as atribuições historicamente definidas às mulheres. As participantes do estudo de Pizzinato et al. (2016), demonstraram desejo de cursar o ensino superior e, com isso, ter a possibilidade de um emprego. Algumas delas também associaram o projeto de vida futuro à maternidade, casamento e família, mesmo que estes dois últimos possam representar, na visão delas, a privação da formação acadêmica e vida profissional. O papel feminino como cuidadora e o do homem como provedor apareceu nos discursos das participantes, evidenciando a presença ainda forte das questões de gênero, mesmo entre as adolescentes.

Já no estudo de Borges (2013) com mulheres jovens e das gerações anteriores de classe média, sobre suas trajetórias de vida nas últimas décadas, verificou-se que, comparando as duas gerações, está havendo uma mudança nestas trajetórias. O casamento, a maternidade e a família, que antes eram centrais na vida das mulheres, vêm deixando de ser o pilar dos projetos de vida da geração atual. As mulheres hoje passam a valorizar cada vez mais aspectos relacionados a trabalho, profissão, liberdade pessoal e independência financeira na elaboração de seus projetos de vida. Entretanto, a autora reflete que tal fato pode estar associado às condições mais favoráveis da classe média (a qual pertence as participantes do estudo), uma vez que melhores possibilidades econômicas podem viabilizar estudo e outras possibilidades de vida para a mulher

O lugar da mulher vem se modificando na sociedade: ela vem conquistando lugar no mercado de trabalho e tem tido seus direitos ampliados por meio da implementação de políticas sociais, muitas delas motivadas por movimentos feministas, que ensejam ações com vistas à defesa da igualdade de gênero. Deste modo, progressivamente, a mulher assume novas funções sociais, hábitos e comportamentos até então destinados unicamente aos homens (Bolzan, 2015). Neste sentido, a partir dos dados identificados nos estudos de Pizzinato et al. (2016) e Borges (2013), reforça-se o fato de que a depender do contexto, a perspectiva de futuro e projetos de vida adquirem diferentes nuances, confirmando que o contexto cultural, social e econômico impacta fortemente na construção destes projetos futuros.

No que tange especificamente às mulheres com problemas relacionados ao uso de álcool, assinala-se que o acolhimento destas é fundamental para reduzir os prejuízos e danos ocasionados no processo de consumo excessivo da bebida, pois possibilita à mulher sentir-se apoiada para novas descobertas, conhecimentos e ressignificações que lhe permitem enfrentar a realidade e (re)construir seu projeto de vida (Silva & Lyra, 2015). Pires (2011) corrobora os achados ao destacar a necessidade de que as ações de cuidado e tratamento direcionadas aos sujeitos que têm problemas relacionados com o uso do álcool devam privilegiar a elaboração de estratégias para redimensionar projetos de vida e fortalecer vínculos, viabilizando a construção de um novo sentido para a vida e a retirada da bebida como centralidade da existência.

Considerando o exposto até aqui, mostra-se essencial que os profissionais da saúde trabalhem com os projetos de vida dos usuários para oferecer um cuidado efetivo, que faça sentido para o sujeito e contribua para a construção de possibilidades para a existência (Barbosa, 2004). O projeto de vida constitui o modo de ser e estabelece uma relação entre o sentido da existência e as questões vinculadas à saúde. Por isso, a noção de projeto tem importantes implicações nas práticas de saúde (Ayres, 2009).

A noção de projeto contribui para a compreensão e análise de trajetórias e biografias pessoais e familiares (Schenker, 2008; Velho, 2003). Especificamente em relação a mulheres que fazem uso problemático de álcool, compreender seus projetos permite entender mais de suas histórias e vislumbrar possibilidades futuras. Sobre isto, é importante considerar o exposto por Schneider et al. (2021), que salientam a necessidade de se elaborar estratégias de cuidado que efetivamente promovam mudanças de vida e reduzam o processo de sofrimento de um sujeito, e que estejam articuladas com o seu projeto de ser. É necessário ainda identificar o campo de possibilidades e viabilizar a mediação da rede social significativa.

### 3.4 Cuidado e Atenção Psicossocial no contexto AD

Ao longo da história, as práticas do cuidado estiveram associadas com atividades assistenciais e caridosas de cunho religioso e a assistência profissional instrumentalizada em uma perspectiva médico-higienista. Apenas recentemente, com as rupturas ao modelo hospitalocêntrico produzidas pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, é que emergiram novas concepções de cuidado. A perspectiva do cuidado, que corresponde aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica, propõe mais humanização nas práticas em saúde e abre espaço para a construção de um cuidado ao usuário que acolha seu sofrimento e suas necessidades, a partir das múltiplas determinantes que o geraram (Lima et al., 2017b), sob a lógica dos Determinantes Sociais de Saúde (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

O processo do cuidado pode ser entendido “como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004, p. 22). Enquanto os termos tratar, curar, controlar, representam posturas limitadas, com relações estáticas, individualizadas e individualizantes em relação ao sujeito, o termo cuidar compreende competências e tarefas técnicas, mas não se limita a elas, possibilitando uma compreensão integral do sujeito. O cuidado, no prisma da integralidade, envolve mais do que a intervenção sobre um objeto: para cuidar, é necessário considerar e construir projetos existenciais (Ayres, 2009).

O cuidado se articula com a noção de projeto e representa um recurso à ontologia existencial. Nesta perspectiva, pode ser entendido como uma atitude terapêutica nas práticas de saúde, que visa alcançar ativamente o sentido existencial implicado no sofrimento, assim como nos processos de saúde (Ayres, 2004). Para isso, “o cuidado integral em saúde será obtido por uma rede de serviços atenta às diferentes necessidades das diferentes pessoas e suas singularidades” (Lima et al., 2017b, p.162). Deve, então, ser alicerçado no comprometimento dos profissionais com a construção de vínculo com o usuário, um vínculo que promova acolhimento, escuta e compreensão da vulnerabilidade humana como condição inerente à vida (Lima et al., 2017b).

O cuidado requer ainda a disposição para a atenção e compreensão de sentido dos sofrimentos que os sujeitos vivenciam (Benites & Barbarini, 2009; Santos & Sá, 2013); nesse sentido, o diálogo e o vínculo representam pontos de ancoragem para a humanização da saúde. O cuidado pode então ser compreendido pelo viés filosófico e de ações práticas, e sua efetivação requer a interação de dois ou mais sujeitos com o objetivo de diminuir um

sofrimento e/ou promover o bem-estar (Ayres, 2004; 2009). Além disso, é necessário considerar que o cuidado compõe elementos subjetivos e sociais constituídos historicamente (Alves, 2016; Benites & Barbarini, 2009; Lima et al., 2017b).

Embora os fenômenos saúde e doença possam ser explicados e relacionados a uma série de fatores, no contexto atual, prevalece a associação de ambos à noção de funcionalidade. Nesta perspectiva, o processo do cuidado adquire caráter de atividade técnica especializada orientada por uma lógica de mercado (Santos & Sá, 2013). Em contraponto, a humanização do cuidado constitui uma possibilidade de atenção integral ao sujeito, orientada pelos pressupostos da atenção psicossocial, sendo esta fundamentada no estabelecimento de vínculos para a produção do cuidado e de melhores possibilidades de vida (Dimenstein et al., 2018; Santos & Yasui, 2016). A perspectiva da atenção psicossocial, viabilizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira, tem como objetivo ampliar e fortalecer práticas de cuidado alicerçadas em pressupostos humanísticos, não excludentes e julgadores, visando superar o modelo pautado na lógica biomédica e do biopoder (Lima et al., 2017b).

O cuidado nas práticas de saúde requer atitudes e espaços de encontros em que as ações em saúde não se limitem à aplicação padronizada das tecnologias, mas que constituam uma intervenção técnica que se articule com o cuidado alicerçado na relação horizontal entre profissional e paciente. O cuidado privilegia a dimensão dialógica do encontro com genuíno interesse para ouvir o outro e acolhê-lo. Envolve essencialmente, portanto, o vínculo e associação de aspectos técnicos e humanistas na atenção à saúde. Assim, a humanização representa um conjunto de proposições que tem como compromisso valores relacionados à felicidade das pessoas e seu bem comum. Deste modo, o cuidado envolve as noções de humanização e integralidade, e se refere a uma série de estratégias que orientam a relação entre usuário e profissional (Ayres, 2009).

O processo que envolve saúde-doença-cuidado, na perspectiva da integralidade, depende de ações profissionais e coletivas que visem à redução de danos, à promoção da saúde, à prevenção dos agravos, operando a partir da realidade de vida dos sujeitos aos quais as ações se destinam (Lima et al., 2017b). Para o fortalecimento do cuidado, tão importante quanto a valorização das relações interpessoais e práticas de assistência à saúde, é necessário direcionar os esforços para a compreensão dos determinantes e significados sociais do adoecimento. Além disso, é preciso entender os impactos negativos do adoecimento sobre os projetos de vida dos sujeitos e identificar quais as estratégias disponíveis para superá-los (Ayres, 2004).

O cuidado e a humanização envolvem a coletividade e o bem comum; assim, para cuidar de indivíduos, é necessário cuidar das populações. O cuidado efetivo demanda uma presença

ativa do sujeito cuidado, a partir de interações intersubjetivas consistentes e dinâmicas. Nesse sentido, é preciso romper com posições individualistas, buscando possibilidades coletivas, institucionais e estruturais de intervenção, ampliando a racionalidade biomédica com outras formas de saberes e instituindo práticas interdisciplinares, intersetoriais e a pluralidade dialógica (Ayres, 2009).

Pensar no cuidado e na atenção integral ao sujeito requer considerar outros fatores que extrapolam o campo específico da saúde. É importante que as ações terapêuticas abranjam apoio à escolarização e à preparação para vida profissional, atividades físicas, culturais, sociais, de lazer, de produção e defesa dos direitos, da proteção legal e ações amplas que envolvam a comunidade e propiciem o seu desenvolvimento. Estas seriam possibilidades de ações de intervenção para o cuidado em saúde menos ortodoxas e mais condizentes com as realidades e necessidades dos sujeitos e das coletividades (Ayres, 2004).

Tendo em vista que o cuidado envolve a construção e o compromisso do sujeito com seus projetos de vida, Ayres (2004) destaca a importância dos profissionais da saúde se implicarem na construção e viabilização de projetos de felicidade dos usuários atendidos, ao mesmo tempo em que possibilitem que esses sujeitos se responsabilizem por seus próprios projetos. A humanização do cuidado implica considerar o que o sujeito é e o que deseja vir a ser e como se dão as suas ações para a realização de seus projetos. Deste modo, na perspectiva da atenção psicossocial, viabilizar um cuidado integral requer incluir os projetos de vida dos sujeitos.

Um cuidado integral ao sujeito depende também de uma conduta ética profissional e do diálogo entre a saúde e os Direitos Humanos (Ayres, 2004). Isto significa que requer que as práticas de cuidado sejam fundamentadas nos Direitos Humanos, respeitando o direito de escolha do usuário, o qual envolve também o direito à recusa. Trata-se de um processo de encontro, sem julgamentos, que qualifica o outro e legitima a alteridade e a autonomia. Quanto ao cuidado oferecido ao usuário de álcool e outras drogas, é necessário que se exclua a possibilidade de que qualquer ato e violação aos direitos decorra do processo de cuidado, ao contrário, os direitos devem ser fortalecidos por este. Assim, a direção do cuidado precisa ocorrer no sentido da potencialização da autonomia, da liberdade de escolhas, da dignidade e da integralidade. Isso porque, muitas vezes, os usuários não querem ou não conseguem interromper o uso e nesse sentido, a perspectiva da Redução de Danos (RD) é a que mais se aproxima dessa lógica da integralidade (Lima et al., 2017b).

Durante o período em que as políticas públicas se moveram na direção da garantia da Reforma Psiquiátrica, a RD representou a principal estratégia de cuidado e atenção na



perspectiva da atenção psicossocial (Nery & Flach, 2017; Nery & Valério, 2010). Por RD compreende-se uma política e uma prática que visam minimizar os efeitos negativos provocados pelo uso da droga; contudo, mais do que uma redução de prejuízos representa a ampliação da vida do sujeito (Lancetti, 2014; 2015).

Embora, no Brasil, a RD seja propulsora das ações em saúde, especificamente no campo de álcool e outras drogas (AD), a associação do tratamento a práticas de castigo e punição permanecem presentes e fortalecidas em alguns tipos de serviços. A política sobre drogas que vem sendo gradativamente adotada nos últimos anos e consolidada no atual governo é pautada na lógica da abstinência “*a priori*”, conforme explicitado na Nota Técnica Nº 11/2019 que esclarece sobre a Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019), colocando-se em franca oposição à estratégia da RD, ainda que demonstrem um desconhecimento do que, de fato, representa a sua lógica. Desta forma, Nery e Flach (2017) destacam que pouco se tem avançado na produção e efetivação de estratégias de cuidado que promovam novas possibilidades de vida para os usuários, capazes de (re)construir trajetórias e saídas emancipatórias. A realidade é marcada pela coexistência de práticas de cuidado opostas: por um lado, o cuidado oferecido na perspectiva da atenção psicossocial, alicerçado na cidadania e no respeito aos Direitos Humanos; por outro lado, as práticas essencialmente repressoras e punitivas, constituídas no discurso da moralização, medicalização e psiquiatrização, visando o controle biopolítico dos sujeitos e da população.

A atenção psicossocial como estratégia de cuidado no campo AD se constitui em rede e no território, rompendo com o paradigma doença-cura e como resultado de ações coletivas envolvendo trabalhadores, usuários e gestores. O cuidado do usuário de álcool e/ou outras drogas, sob esta lógica, inicia-se com o acolhimento, a partir de uma escuta qualificada atenta para o sofrimento e as necessidades, utilizando como recurso as estratégias de RD (Santos & Yasui, 2016) para a construção e o fortalecimento de laços sociais e tendo como foco o sujeito e não a doença (Nicodemos & Silva, 2016).

A partir da Reforma Psiquiátrica preconizou-se que o usuário se implicasse no seu cuidado, participando de modo ativo em parceria com o profissional no intuito de estabelecer percursos de vida em que sua relação com a droga seja menos prejudicial (Nicodemos & Silva, 2016). O sujeito passa, então, a ser compreendido como alguém de direitos e capaz de (re)construir sua história. Diante desta nova realidade, o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas precisa contemplar a dimensão da cidadania e dos direitos humanos (Nery & Flach, 2017). Para tanto, é necessário que a formação profissional ofereça subsídios teóricos e práticos para uma atuação nessa perspectiva. No campo AD, o processo do cuidado é dinâmico e

distinto, envolve aspectos subjetivos que requerem atenção e ações objetivas durante toda a trajetória do cuidado (Lima et al., 2017b).

A continuidade do cuidado depende de um plano de tratamento que considere as necessidades e experiências do usuário no decorrer da sua trajetória de cuidado (Alves, 2016; Mota et al., 2015). Requer também envolvimento e comprometimento dos profissionais no intuito de possibilitar um cuidado integral que convirja com as necessidades e a realidade de vida dos usuários (Nery & Flach, 2017). Mota et al. (2015), tendo como referência proposições da OMS, sistematizaram a organização de uma rede de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas segundo a complexidade do caso. Nesta proposta, o cuidado iniciaria com a prevenção para a população em geral e no outro extremo estaria a oferta de cuidados mais intensivos para usuários em situações mais graves e com maiores prejuízos. Desta forma, a complexidade do cuidado aumentaria conforme a gravidade do caso.

Independente da gravidade do caso, porém, na perspectiva da clínica ampliada, o cuidado depende do estabelecimento de um vínculo afetivo entre profissional e usuário e se dá, inicialmente, por uma escuta que acolhe a queixa do usuário (Brasil, 2007). É essencial um acolhimento que promova vínculo e abra o campo de possibilidades para o processo do cuidado. Santos e Yasui (2016) explicam que o acolhimento expressa a abertura para a escuta do sofrimento que se apresenta, uma escuta isenta de preconceções e que oportuniza ao usuário revelar a sua história entrelaçando-a com o uso da droga.

As intervenções em saúde perpassam o acolhimento e este deve acolher a demanda da forma como ela chega, sem conclusões precipitadas do profissional que, por vezes, intui que o único problema do sujeito é o uso da droga (Nicodemos & Silva, 2016). Santos e Yasui (2016) reforçam que, dado a especificidade que envolvem as práticas de cuidado e atenção aos sujeitos com problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas, faz-se necessário políticas públicas específicas direcionadas para esta demanda (Santos & Yasui, 2016).

Apesar das fragilidades das políticas públicas no campo AD, em 2003 houve um importante marco teórico-político, com a elaboração, pelo Ministério da Saúde, da Política específica para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, cujo objetivo era oferecer estratégias de prevenção, promoção da saúde e proteção, segundo as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003). Nesse cenário, o CAPSad passou a representar o ponto de referência para o cuidado, ações de RD, prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2004). Em 2011, houve um novo marco importante da política de álcool e outras drogas, com a Portaria 3.088, que implementou no Sistema Único de Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários com sofrimento ou transtorno mental e/ou com problemas

relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A RAPS se organiza e se constitui a partir dos pontos de atenção, como as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Convivência, como os CAPS (Brasil, 2011; 2021; Carvalho et al., 2017; Costa, Ronzani et al., 2018; Dimenstein et al., 2018; Duarte et al., 2020; Lima & Guimarães, 2019), de maneira que, em vez de pacientes de cada serviço, tenhamos usuários de toda a rede, que devem contar com cada ponto de que precisam em diferentes momentos da vida.

### **3.4.1 CAPSad e o processo do cuidado**

Os CAPS são serviços estratégicos da reforma psiquiátrica que têm como objetivo ofertar atenção integral ao usuário, contribuindo na organização da rede de saúde e oferecendo um atendimento de base comunitária para sujeitos em sofrimento psíquico (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil, 2021; Santos & Yasui, 2016). Os CAPS são responsáveis pelo gerenciamento de projetos terapêuticos, oferecendo cuidado e atenção à saúde para usuários e suas famílias. O serviço é organizado visando possibilitar a inserção social dos usuários, por meio de uma atuação intersetorial, que inclui educação, trabalho, esporte, cultura e lazer (Lancetti, 2015).

O CAPS se configura como um dispositivo de desinstitucionalização, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, rompendo com a perspectiva de tratamento fundamentada em internações (Brasil, 2011; Rasch et al., 2015). Os CAPS foram regulamentados em 2002, sendo compostos por equipes multiprofissionais, que devem atuar de forma interdisciplinar, possibilitando um ambiente terapêutico acolhedor para os usuários. Os serviços são divididos de acordo com sua tipologia (CAPS, CAPSi e CAPSad) e em relação a seu porte (I, II, III e IV). Os CAPSI, CAPSII e CAPSIII prestam atendimentos a usuários com transtornos mentais e que se diferenciam em relação à abrangência populacional, o CAPSi é destinado especificamente para o atendimento de crianças e adolescentes, e o CAPSad direcionado para a atenção psicossocial de sujeitos com problemas relacionados ao uso de drogas (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil, 2004; Brasil, 2021).

Em 2012, logo após a implementação da RAPS, surge a proposta de um CAPSad III, para atendimento em modalidade 24 horas, de usuários de drogas em situações mais agudas, que necessitam de atenção à crise (Brasil, 2012b). Em 2017 foi instituído o CAPS ad IV para atendimento de pessoas em situação de grave sofrimento decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas, especialmente o Crack. Em setembro de 2021 o Brasil contava 327 CAPSad, 127 CAPSad III e três CAPSad IV, especificamente no Sul do país, região onde este

estudo foi realizado, havia 68 CAPSad, 27 CAPSad III e um CAPSad IV. O número total dos diferentes CAPS no Brasil era de 2.742 serviços (Brasil, 2021).

No CAPSad são oferecidas, em regime de atenção diária, diversas atividades e recursos terapêuticos, sob a lógica da clínica ampliada e da atenção psicossocial; nesta perspectiva, o cuidado e atenção ocorre no território a partir do pressuposto da integralidade. Tais estratégias produzem mudanças relevantes nos modos tradicionais de tratamento (Bernardi & Kanan, 2015; Borges & Schneider, 2020; Ferreira & Bleicher, 2018; Machado et al., 2020). O CAPSad compõe a RAPS (Brasil, 2011) e representa o lugar do cuidado na atenção psicossocial (Carvalho et al., 2017; Costa, Ronzani et al., 2018; Duarte et al., 2020; Machado et al., 2020).

Carvalho et al. (2017) salientam que a RAPS deve ser bem articulada e que é necessário que todos os dispositivos que compõem a rede atuem e dialoguem na lógica da RD, uma prática que compreende os usuários como sujeitos de direitos e que privilegia as ações comunitárias, em rede e no território (Lima et al., 2017b; Machado et al., 2020; Trevisan & Castro, 2019). Fejes et al. (2016) chamam a atenção para o fato de que, se a equipe de saúde no CAPSad pautar sua atuação visando a abstinência a priori do usuário, como condição de acesso ou permanência no serviço, a condição do cuidado fica comprometida.

É preciso reforçar as que ações desenvolvidas no CAPSad devem ter como referência os pressupostos da RD, ou seja, o objetivo *a priori* não é a abstinência, mas a redução dos riscos e danos associados ao uso das drogas, ainda que não se coloque contrária à abstinência, necessária em algumas situações (Brasil, 2003; Machado et al., 2020). Nicodemos e Silva (2016) complementam que o CAPS não pode se configurar como um lugar estático e padronizado; ao contrário, é necessário construir cotidianamente um CAPS para cada usuário, que atenda às suas necessidades e que cumpra diferentes funções em suas trajetórias.

O CAPSad representa um importante dispositivo para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma vez que o serviço propõe estratégias de cuidado no território, a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Costa, Ronzani et al., 2018; Nicodemos & Silva, 2016). O PTS representa um conjunto de propostas de ações terapêuticas articuladas para um sujeito, famílias ou grupo e decorre da discussão conjunta de uma equipe interdisciplinar com a participação do próprio usuário. O PTS inclui o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação do processo (Brasil, 2007; Mota et al., 2015). O PTS constitui-se como o organizador do cuidado que inclui o usuário, sua família, biografia, o território geográfico e existencial do sujeito e seu contexto (Lancetti, 2015). Oliveira (2013) complementa que o PTS representa uma estratégia de co-produção e de co-gestão do cuidado de sujeitos e da coletividade. Sua formulação pode ser explicada como um processo de

construção conjunta que deve envolver, impreterivelmente, o profissional/equipe de saúde e o usuário. Deste modo, é necessário que haja uma pactuação de compromisso e responsabilização dos sujeitos envolvidos no PTS.

Assim como todo projeto, o PTS envolve restrições e desafios a serem superados visando os objetivos que se almeja alcançar. Deste modo, é fundamental que os projetos de cuidado sejam elaborados com profunda participação e identificação dos usuários, e que, de alguma forma, sejam viabilizados recursos mínimos para sua efetivação (Oliveira, 2013). Tal viabilização de recursos e possibilidades para o cuidado e atenção é especialmente importante no campo AD, em que, por vezes, há um afastamento dos usuários do serviço, o que, com frequência, acontece pelas barreiras institucionais presentes, embora se tomem isso de forma acrítica, responsabilizando-se os usuários por estarem "resistentes" ao tratamento. Para minimizar esse fato, Lancetti (2015) propõe que o PTS não seja reduzido a um procedimento burocrático; ao contrário, que seja elaborado considerando as demandas e necessidades dos usuários e identificando as potencialidades de cada sujeito. Nessa direção, um projeto de cuidado só tem sentido se ele dialogar com aspectos centrais do projeto de vida do usuário, se o processo de cuidado passar a representar para o usuário uma mediação efetiva para a (re)tomada da condução de seu projeto de vida.

Conhecer as singularidades dos usuários do CAPSad em seu contexto de vida possibilita que a equipe de saúde viabilize estratégias de cuidado que correspondam às reais necessidades e demandas do usuário, e não às necessidades que a equipe idealize que esse público-alvo tenha. Amplia-se, assim, a efetividade do PTS construído sob a lógica da atenção psicossocial, modelo que deve reger as práticas no CAPSad (Souza et al., 2016). O PTS, no CAPSad, visa a descentralização do cuidado e, quando efetivado de forma intersetorial, potencializa o resgate da autonomia e cidadania do usuário (Trevisan & Castro, 2019; Santos & Yasui, 2016).

A horizontalidade da relação no processo do cuidado fortalece a construção de um PTS que viabilize a participação do usuário de forma mais ativa, produzindo responsabilização e autonomia para a sua vida (Santos & Yasui, 2016). Por outro lado, frequentemente usuários do serviço entendem o CAPSad não apenas como um serviço terapêutico, mas como a única possibilidade para o acolhimento de suas carências e espaço de interação social (Borges & Schneider, 2020). Tal situação pode levar, segundo Carvalho et al. (2017), muitos destes usuários a desenvolverem uma dependência da atenção oferecida no CAPSad, o que repercute negativamente na construção e fortalecimento de sua autonomia e cidadania.

A este respeito, os profissionais de CAPSad participantes do estudo de Carvalho et al. (2017) afirmaram que o cuidado oferecido no serviço é diferenciado dos outros dispositivos da

rede, sendo orientado pelo acolhimento, escuta ativa, vínculo, responsabilização e valorização das demandas dos usuários. Por outro lado, demonstraram preocupação com a cronificação e institucionalização dos usuários ao serviço, já que muitos ficam por tempo indeterminado por falta de suporte da rede de saúde. Tendo em vista a relevância do CAPSad para o cuidado e o paradoxo que envolve esse processo, Costa, Ronzani et al. (2018) reforçam a necessidade da realização de pesquisas no contexto do CAPSad, o que não exclui outras possibilidades, como repensar se o problema não envolve também uma falta de trabalho na perspectiva da humanização e do vínculo em outros serviços públicos e uma pouca habilidade dos profissionais nos CAPSad em conseguir tanto propiciar um olhar para outras questões além das questões da droga quanto em promover a (re)inserção comunitária, como aponta Levy (2015).

Já está consolidada a importância dos CAPS no campo da atenção psicossocial como um serviço de atuação intersetorial e no território, que visa promover a inserção social dos usuários e o fortalecimento da autonomia e cidadania destes (Bernardi & Kanan, 2015; Carvalho et al., 2017; Ferreira & Bleicher, 2018; Lancetti, 2015; Machado et al., 2020; Santos & Yasui, 2016). Entretanto, embora o CAPSad represente o dispositivo central da rede de atenção no campo AD e desempenhe um papel fundamental no cuidado dos usuários, o serviço vem sendo negligenciado pelo Estado brasileiro com corte de verbas que são essenciais para o seu bom funcionamento e cumprimento de suas atribuições (Costa, Ronzani et al., 2018), e a reorientação da distribuição de recursos, que cada vez mais privilegia o tipo de serviços que a criação dos CAPS pretendeu substituir.

### **3.5 Ser mulher: reflexões acerca de sua condição**

Suscitar uma reflexão sobre a condição da mulher é um exercício desafiador que tem sido empreendido por muitas autoras e autores. A intenção aqui é abordar diferentes perspectivas que lancem luz sobre a condição feminina e suas constantes transformações. Embora essa não seja uma tarefa nova é ainda muito atual e necessária, prova disto é que passados mais de 70 anos da publicação da obra de Simone de Beauvoir “O segundo sexo”, que representa um marco no estudo e na busca pelo entendimento do que significa ser mulher, e de todas as transformações sobre o papel e a condição da mulher na sociedade, há ainda muito a se avançar para a efetivação da almejada autonomia e liberdade feminina (Goldenberg, 2019).

Depois de Simone de Beauvoir, muitas autoras vêm ampliando e aprofundando o estudo sobre a condição feminina e suas interseccionalidades, como Angela Davis, nos anos 1980 e Judith Butler, nos anos de 1990 (Mano, 2019). A questão de gênero não pode ser compreendida

descolada de fatores como classe, raça e etnia, requer considerar um sujeito que é singular, mas imerso e constituído em uma realidade sociocultural. Considerar tal realidade e suas especificidades, é fundamento básico para entender como a questão de gênero é culturalmente construída (Miranda & Schimanski, 2014), em um processo de formação e construção histórica, social e cultural presentes na constituição de homens e mulheres (Benites & Barbarine, 2009; Guahyba et al., 2019; Macedo, 2009).

Frequentemente, e de forma bastante simplificadora, as diferenças entre homens e mulheres são explicadas a partir de suas características fisiológicas distintas. De um modo geral, a mulher tende a ser menor que o homem, suas formas são mais arredondadas, seu esqueleto é mais frágil e, atendendo às necessidades que a gestação e o parto requerem, sua bacia é mais larga. Tais características provêm do pertencimento da mulher à sua espécie, contudo, entre todas as fêmeas mamíferas, a mulher é a que se encontra em uma condição de maior escravização do seu corpo à função reprodutora. O homem, por outro lado, está em uma condição mais favorável já que suas características fisiológicas não contrariam sua existência pessoal (Beauvoir, 2019a).

Em todas as sociedades humanas a definição biológica dos sexos representa um princípio de diferenciação e classificação. Esse determinismo foi, por muitas vezes, utilizado para justificar e explicar desigualdades entre homens e mulheres (Macedo, 2009). Especialmente perspectivas pautadas na biologia e na religião tentaram determinar uma natureza feminina às mulheres, reduzindo-as a facticidades de seus corpos (Benevides & Boris, 2020). Esse viés reducionista impactou na condição da mulher tanto em termos sociais como em sua individualidade, evidenciando a necessidade de novos e abrangentes modos de compreensão da sua condição.

Em face à questão da definição e diferenciação biológica dos sexos e do reducionismo a ela relacionado, Macedo (2009) propõe um entendimento sobre a noção de gênero. O conceito de gênero refere-se ao sexo social e não biológico, ele “permite categorizar os comportamentos de homens e mulheres independentemente das características específicas do sexo anatômico” (Macedo, 2009, p. 60). A autora destaca ainda que a masculinidade e feminilidade designam-se por modos de agir, independente do sexo, constituindo-se como uma categoria da realidade social caracterizada como gênero.

Beauvoir (2019a) defendia que a comparação entre macho e fêmea enquanto espécie humana, só poderia ser feita em uma perspectiva humana. Nessa perspectiva, o corpo é definido a partir da existência e os aspectos fisiológicos assumem uma significação dentro de um contexto. Como exemplo, a fraqueza corporal da mulher não é, por si só, razão para a limitação

de seu domínio do mundo, a fraqueza como limitação só se revela como tal a partir dos fins, instrumentos e leis impostos pelos homens. É necessário, portanto, que haja justificações existenciais, econômicas e morais para que o conceito de fraqueza possa ser definido de modo concreto.

O contexto e a ordem social, historicamente sob o controle dos homens, se constituíram como opressores e limitadores da vida da mulher. Bourdieu (2019), ao tratar da dominação masculina, expõe que a ordem social opera como uma grande máquina simbólica que tende a validar e reforçar a dominação masculina sobre a qual se fundamenta. Essa ordem social e cultural espera que as mulheres assumam uma posição submissa, o que deve ser refletido em sua própria postura corporal, seu modo de sorrir, de se vestir, de andar, de baixar os olhos e aceitar as interrupções de sua fala. A expectativa é de que “sejam “femininas”, isto é, sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas” (Bourdieu, 2019, p. 111). É como se pelo seu corpo a mulher devesse se fazer pequena e ocupar menos espaço, enquanto ao homem é esperado e autorizado sua expansão e domínio (Bourdieu, 2019).

O pressuposto da inferioridade e da exclusão da mulher guia toda a divisão do universo, representando a diferença fundamental entre sujeito e objeto, agente e instrumento. Tal diferença se faz presente nas trocas simbólicas entre homem e mulher, no mercado matrimonial e refletida em toda ordem social onde “as mulheres só podem aí ser vistas como objetos, ou melhor, como símbolos cujo sentido se constitui fora delas e cuja função é contribuir para a perpetuação ou o aumento do capital simbólico em poder dos homens” (Bourdieu, 2019, p. 76).

Até o século XIX a mulher era considerada como propriedade da família e do marido, não tendo direito de escolha, de decisão e de participação social. Suas atribuições e responsabilidades se restringiam ao cuidado dos filhos e a manutenção do lar (Beauvoir, 2019a). Contudo, tal realidade não era vivenciada por todas as mulheres, mas predominantemente pelas mulheres brancas e da burguesia (Souza, 2018). Diferente das mulheres brancas que historicamente ocuparam este lugar da dona de casa, as mulheres negras estavam no mercado de trabalho, seja como mulheres livres ou escravas, acumulando assim desde sempre essa dupla função do trabalho assalariado e das tarefas domésticas (Davis, 2016).

Mesmo compartilhando da mesma experiência de dominação, as mulheres permanecem separadas e divididas em função das diferenças econômicas e culturais, tais diferenças repercutem no modo como a dominação masculina é percebida, sentida e vivenciada (Bourdieu, 2019). Aquelas mulheres que pertenciam a dita família tradicional, eram as únicas responsáveis pelos cuidados da casa e da família, assim como pela resolução de quaisquer



problemas nessa esfera. O valor da mulher estava condicionado à sua capacidade de manter boas relações sociais, para a qual fora instruída desde pequena, e pela sua capacidade adaptativa que favorecesse o desenvolvimento do marido (Guahyba et al., 2019).

Ao longo da história a mulher foi ensinada e preparada para desempenhar uma função social de gênero correspondente ao âmbito familiar, enquanto o homem foi ensinado e socializado para o exercício de uma função de provedor (Figueiredo & Diniz, 2018; Guahyba et al., 2019). O destino da mulher voltado para o matrimônio era transmitido pelos próprios pais, que a educavam visando garantir um bom casamento. Enquanto o futuro do menino se delineava como um caminho de muitas possibilidades e realizações, para a menina, o futuro traçado lhe atribuía o papel de mãe, esposa, avó, cuidadora da casa e dos filhos (Beauvoir, 2019b). As atribuições de tal futuro exigiam que a mulher mantivesse uma postura de passividade e docilidade.

A passividade, característica da mulher considerada verdadeiramente feminina, é um traço desenvolvido e inculcado na menina desde a mais tenra idade. Entretanto, não se trata de uma característica biologicamente determinada, mas sim de algo que lhe é imposto pelos educadores e pela sociedade. Enquanto os meninos têm em sua autonomia a afirmação de sua existência, à menina é ensinado que para agradar ela precisa fazer-se objeto e abdicar de sua autonomia. Se ousar tentar romper com essa determinação em direção à autonomia, por vezes, nem a família nem os costumes facilitam o esforço empreendido pela jovem, ela própria tem receio de comprometer seu destino de mulher ao dedicar-se integralmente a um projeto pessoal (Beauvoir, 2019b).

Por muito tempo, o principal projeto das jovens foi o casamento, como mulher, dela se esperava que garantisse os cuidados com a casa, a organização e a felicidade do lar (Beauvoir, 2019b). Contudo, assumir integralmente tais atribuições não significa que esta seja uma escolha legítima da mulher. Santos e Diniz (2018) evidenciaram esse fato no estudo que realizaram sobre as condições de saúde mental de mulheres donas de casa, as participantes do estudo afirmaram que exerciam um papel para o qual foram ensinadas, assumiram inteiramente a função de cuidadoras do lar, da família e dos filhos, ainda que esta não fosse, verdadeiramente, a sua própria escolha de vida.

As participantes do estudo de Santos e Diniz (2018), demonstraram uma ambivalência sobre sua situação. Se, por um lado, sentiam-se realizadas por cuidar da casa e da família, função para a qual entendiam serem destinadas, por outro, sentiam-se invisibilizadas e não reconhecidas pelo trabalho que exerciam. Sobre isso, Davis (2016) enfatizou o fato de que as inúmeras atividades domésticas pelas quais as mulheres frequentemente são as responsáveis,

apesar de demandar muito tempo e dedicação, são praticamente invisíveis e não reconhecidas mesmo dentro da própria família, as obrigações ditas maternas e domésticas tendem a ser compreendidas como tarefas naturais da mulher.

Embora hoje haja maior colaboração dos homens, que por vezes assumem com igualdade as atividades domésticas e os cuidados com os filhos, permanece a concepção predominante de que o exercício de tais atividades se caracteriza como uma ajuda a parceira e não como uma responsabilidade compartilhada (Davis, 2016), resultando na sobrecarga e no acúmulo de funções para a mulher (Alvarenga & Dias, 2021; Braga et al., 2019). As participantes do estudo de Santos e Diniz (2018) ressaltaram a existência de relações pautadas na desigualdade de gênero, com o domínio masculino que é potencializado pelo poder econômico que os homens têm em relação a suas companheiras. Este cenário sugere que as desigualdades e a cobrança social sobre a mulher estão sempre presentes.

Entre as principais expectativas que recaem sobre a mulher é de que ela seja mãe. Beauvoir (2019a) sinalizou que o reconhecimento social da mulher sempre esteve atrelado à maternidade e as funções a ela associadas como gestar, parir, aleitar e educar. As tarefas domésticas, pelas quais é também responsável, são as atividades possíveis de conciliação com os encargos da maternidade. Contudo, o exercício de tais funções não necessariamente representa para a mulher uma afirmação ativa de sua existência e mesmo que assuma passivamente sua determinação biológica, isso não exclui a pretensão de uma carreira profissional, o que a coloca em uma condição de ambivalência.

A ambivalência envolvendo maternidade e vida profissional é fato frequente na vida das mulheres. Se, por um lado, fazer uma escolha em recusa da maternidade pode representar uma dolorosa frustração, por outro, os encargos da maternidade são, em grande medida, incompatíveis com uma carreira profissional. A mulher fica então dividida e tem dificuldade para encontrar um equilíbrio, quando o alcança isso lhe custa muitas concessões e sacrifícios. É diante de tal realidade, e não em função de aspectos fisiológicos, que pode ser explicada muitas das tensões vividas pelas mulheres (Beauvoir, 2019b).

A maternidade é permeada por constantes tensões e excessivas cobranças. Espera-se da mãe uma devoção plena aos filhos e pesa sobre ela uma expectativa da mãe exemplar, contudo, tal construção não corresponde à realidade. A própria existência de uma vocação feminina para a maternidade é uma farsa, sabe-se que a função reprodutora não se resume a uma justificativa biológica, ela depende também de uma escolha, de uma vontade. A ocorrência de abortos ao longo da história demonstra que, embora a função reprodutora seja uma função biológica inata, a maternidade em si requer uma escolha (Beauvoir, 2019b).

A história indica que as mulheres sempre desejaram ter controle sob o seu sistema reprodutivo. Entretanto, os direitos reprodutivos das mulheres como uma reivindicação legítima só foram consolidados quando os direitos das mulheres se tornaram objeto de um movimento organizado pelos direitos de igualdade política. O fato é que se as mulheres permanecessem sobrecarregadas com as constantes gestações, partos e abortos espontâneos, dificilmente poderiam assumir os direitos políticos que buscavam conquistar (Davis, 2016). A capacidade reprodutiva da mulher suscitou uma idealização e naturalização das obrigações femininas quanto ao cuidado da casa e da família. Tal capacidade não era entendida como algo de valor e a mulher era considerada inapta e desqualificada para a vida pública (Figueiredo & Diniz, 2018).

Foi com a industrialização que a mulher passou, gradativamente, a se inserir no mundo do trabalho e, a partir de então, vem conquistando mais espaços (Figueiredo & Diniz, 2018). Contudo, a luta pelo direito ao trabalho constituiu-se uma pauta predominantemente das mulheres brancas, uma vez que as mulheres negras já estavam no mercado de trabalho, porém, em cargos não valorizados e com baixa remuneração (Siqueira & Bussinguer, 2020). A própria reivindicação pela maternidade voluntária contemplava mais especificamente as mulheres da classe média e burguesa, as da classe trabalhadora estavam engajadas nas lutas em prol da sobrevivência econômica e de melhores condições de trabalho (Davis, 2016).

A gradativa conquista no mundo do trabalho não resultou, necessariamente, em uma redução das obrigações entendidas como femininas, mas sim em uma condição de acúmulo de atividades (Alvarenga & Dias, 2021; Braga et al., 2019; Souza, 2018), fato que já era uma realidade entre as mulheres negras (Davis, 2016). A dedicação à carreira profissional frequentemente implica uma sobrecarga de atividades e funções para a mulher. Na maioria das vezes ela é, ainda, a principal responsável pelas atribuições da casa e da família, o que a coloca em posição desigual ao homem no contexto competitivo do trabalho (Beauvoir, 2019a; Figueiredo & Diniz, 2018).

A sobrecarga da mulher inserida no mercado de trabalho foi confirmada na revisão integrativa realizada por Braga et al. (2019) e no estudo realizado por Benevides e Boris (2020) que teve como objetivo compreender como as mulheres experienciam os atuais papéis que assumem nas relações conjugais e no exercício da maternidade e quais os sentidos que atribuem a essas vivências. Os resultados demonstraram que as mulheres se sentem sobrecarregadas frente ao acúmulo de funções que exercem e que precisam conciliar. As participantes afirmaram que há uma cobrança tanto pessoal como social para que consigam realizar os

afazeres domésticos, cuidar da casa e da família, serem bem-sucedidas profissionalmente e ainda cuidarem da própria aparência.

Para as participantes do estudo de Benevides e Boris (2020), embora os homens exerçam hoje uma paternidade mais participativa, continua sendo delas a maior responsabilidade pelo cuidado e educação dos filhos, assim como pelos afazeres domésticos. As participantes entendem que há ainda uma perceptível desigualdade de gênero, enquanto para a maioria delas a vida se restringe ao trabalho, casa e família, os companheiros podem usufruir de maior liberdade e autonomia, eles têm menos obrigações domésticas e com os filhos e maior tempo para atividades de lazer. A própria fala das participantes reproduz e endossa tais desigualdades e a posição de inferioridade das mulheres frente a seus cônjuges, o que demonstra que perceber tais desigualdades não representa, necessariamente, um movimento de ruptura e mudança da sua condição.

A desigualdade de gênero presente no contexto doméstico é também realidade frequente no mundo do trabalho, onde a divisão sexual do trabalho ainda permanece (Braga et al., 2019; Figueiredo & Diniz, 2018; Gaino et al., 2019; Siqueira & Bussinguer, 2020). Em função de todas as obrigações domésticas e familiares que pesam sobre a mulher, sua busca pela ascensão profissional é como uma corrida de obstáculos em que se está sempre em desvantagem. Espera-se que a mulher, a partir das disposições que lhe foram inculcadas, exerça funções consideradas femininas e que a mantenha em posição de submissão. As tarefas lhe são atribuídas pelo seu suposto dom de gentileza, docilidade, dedicação e abnegação, entretanto, a dita vocação não passa de uma construção social (Bourdieu, 2019).

Foi socialmente construída a noção de que há atividades exclusivas para um e outro sexo, delimitando lugares e papéis distintos para homens e mulheres, tanto no âmbito público como no privado, o que envolve casamento, família e trabalho (Figueiredo & Diniz, 2018). As mulheres sempre exerceram uma função central nas famílias, mas o fato de desempenharem outros papéis para além do contexto familiar é algo relativamente recente e ainda não totalmente aceito em nossa cultura. A expectativa em relação às mulheres ainda é de que elas sejam as cuidadoras de seus familiares, primeiro do marido, depois dos filhos e por fim dos idosos (McGoldrick, 1995).

Com a Revolução Industrial e a urbanização, a estrutura patriarcal, até então vigente, perdeu força e as mulheres passaram a conquistar maior autonomia tanto na vida familiar como na vida pública. A noção de família em que o homem é o provedor e a mulher responsável pelos cuidados domésticos vai abrindo espaço para novas e mais igualitárias configurações familiares, torna-se mais frequente que tanto o homem como a mulher dedicam-se à sua carreira

em tempo integral (Figueiredo & Diniz, 2018). Como resultado das profundas mudanças sociais, estabelecem-se novos padrões de funcionamento familiar, com mais igualdade de poder entre os sexos (Guahyba et al., 2019).

Os estereótipos de gênero e de seus papéis passam por transformações impulsionadas por mudanças macrosociais, econômicas e culturais. No final dos anos 1950, o advento da pílula anticoncepcional marcou um processo de revolução da sexualidade feminina e permitiu à mulher tornar-se protagonista e dona de seu próprio corpo. O controle da gravidez e a possibilidade do adiamento da maternidade permitiu à mulher dedicar-se aos estudos e à carreira profissional (Figueiredo & Diniz, 2018). Esse processo crescente de redução das desigualdades de gênero foi possível, em grande medida, pelas conquistas do movimento feminista (Bourdieu, 2019).

A história do movimento feminista pode ser dividida em três momentos distintos, também chamados de “ondas do feminismo”. A primeira onda ocorreu entre o século XIX e início do século XX e tinha como pauta principal a igualdade de direitos civis entre homens e mulheres, como direito ao voto e a educação, além da busca pelo fim dos casamentos arranjados. A segunda onda ocorreu entre as décadas de 1960 e 1970 e foi marcada por reivindicações acerca das desigualdades sociais, culturais e políticas, a ênfase estava nos direitos reprodutivos e na sexualidade, é quando teve início a discussão acerca das desigualdades de raça e classe dentro do próprio movimento feminista. A terceira onda iniciou na década de 1990 com o intuito de superar as limitações da segunda onda que teria priorizado pautas essencialmente de mulheres brancas de classe média-alta (Miranda & Schimanski, 2014; Siqueira & Bussinguer, 2020).

De fato, o movimento feminista contribuiu para as mudanças da condição da mulher que possibilitaram o maior acesso à escolarização e ao mercado de trabalho, acesso à recursos contraceptivos, adiamento da idade do casamento e da gravidez e redução do tempo de interrupção da atividade profissional em função do nascimento dos filhos. As mudanças percebidas na condição feminina ocultam, no entanto, estruturas invisíveis de dominação ainda presentes, especialmente no âmbito doméstico e no contexto de trabalho (Bourdieu, 2019).

As relações estruturais de dominação sexual no trabalho se mostram evidentes nos casos em que as mulheres, ao alcançarem os mais altos cargos e o sucesso profissional, tem a sua vida doméstica e familiar comprometida, da mesma forma, alcançar o sucesso doméstico e familiar, implica em uma redução de suas possibilidades de ascensão profissional (Bourdieu, 2019). A concepção de que o cuidado é algo inerente ao feminino ainda perpassa o espaço laboral, a divisão dos trabalhos segue a lógica de que atividades sensíveis e delicadas cabem à

mulher, enquanto ao homem cabe as atribuições pesadas e agressivas. Parece pertinente considerar, portanto, que a própria concepção atual de liberdade feminina pode ser questionada, uma vez que ainda se espera da mulher que ela exerça a função de reprodutora e entende-se como seu atributo natural o papel de cuidadora (Siqueira & Bussinguer, 2020).

Antigas estruturas da divisão do trabalho parecem ainda estar presentes quando a própria escolha profissional da mulher continua atrelada a uma função que representa o prolongamento das atividades domésticas, como profissões ligadas ao cuidado e ensino. Nas funções de autoridade, mesmo quando a mulher é igualmente qualificada, tende a ser preterida em favor de um homem. Nas situações em que há igualdade formal entre homens e mulheres, estas normalmente ocupam posições menos valorizadas e reconhecidas, são mais atingidas pelo desemprego e pela precariedade de empregos e tem menor remuneração (Bourdieu, 2019). Em muitas funções o salário da mulher é inferior ao dos homens, suas atribuições são menos especializadas e mesmo estando em igualdade de condições, ainda assim é menos remunerada (Beauvoir, 2019a).

Em 1949, Simone de Beauvoir (2019a) já denunciava a desigualdade das condições e da remuneração do trabalho feminino. Tal fato ainda é uma realidade no Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínua, de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciam a menor inserção das mulheres no mercado de trabalho e o menor salário em comparação com os homens. Em 2019, 52,4% da população brasileira em idade de trabalhar era feminina, entretanto, 43,2% estavam trabalhando, os homens representavam 56,8% da população que trabalhava. Em relação ao rendimento médio dos trabalhadores, enquanto para os homens o valor foi de R\$2.555,00, para as mulheres essa média foi de R\$1.985,00, ou seja, a renda da mulher representa 77,7% da renda masculina (IBGE, 2020b).

Apesar de todas as dificuldades, as transformações do papel da mulher na sociedade estão em curso, no entanto, tais mudanças trazem consigo conflitos no âmbito pessoal, familiar e do trabalho (Benevides & Boris, 2020; Pacheco & Araldi, 2020). Romper com as expectativas e determinações sobre o papel da mulher na família e na sociedade representa um avanço, todavia, não assumir as funções para as quais foi ensinada e destinada pode gerar sentimentos de culpa. Assim, essas transformações têm um caráter dual, ao mesmo tempo em que proporcionam liberdade e autonomia para a mulher, trazem consigo dúvidas e desafios a serem superados (McGoldrick, 1995).

As mudanças do papel da mulher na sociedade impactam diretamente as configurações e dinâmicas familiares. Figueiredo e Diniz (2018) lembram que historicamente a vida familiar

foi organizada em torno da divisão de funções que eram definidas pela atribuição de poder entre os sexos. O papel exclusivo da mulher como esposa, mãe e única responsável pelas atividades domésticas passa a ser questionado e especialmente nas últimas décadas do século XX, há uma ampliação da inserção das mulheres no mercado de trabalho e da possibilidade destas dedicarem-se a outros projetos que não apenas à vida familiar. Entretanto, assim como destacam Siqueira e Bussinguer (2020), é preciso que se atente à desvalorização do trabalho feminino, sobretudo das mulheres negras e pobres.

Apesar de todos os desafios e dificuldades, muitos avanços em direção à redução das desigualdades foram impulsionados pelos movimentos sociais, especialmente o movimento feminista, com a participação ativa das mulheres (Bourdieu, 2019; Figueiredo & Diniz, 2018; Pacheco & Araldi, 2020). Benevides e Boris (2020) ressaltam que embora a educação da mulher tenha sido, em geral, sexista, a mulher é a principal responsável pela afirmação da sua existência concreta e cabe a ela, também, criticar as normas estabelecidas em relação a seu sexo. Beauvoir (2019b) frisou que a liberdade da mulher ainda não foi completamente alcançada e a única possibilidade de pleiteá-la é pela revolta, esta é a saída e lhe cabe “recusar os limites de sua situação e procurar abrir para si os caminhos do futuro; a resignação não passa de uma renúncia e uma fuga; não há, para a mulher, outra saída senão a de trabalhar pela sua libertação” (Beauvoir, 2019b, p. 439).

Goldenberg (2019) ao comentar a obra “O Segundo sexo” de Simone de Beauvoir, reforça que a mulher livre precisa enfrentar muitas dificuldades, isso decorre do fato de sua escolha ter sido a luta e não a resignação. A autora afirma que ainda hoje as mulheres invejam a liberdade do homem, enquanto os homens nada invejam das mulheres. Mesmo após os 70 anos da publicação da obra e com todos os avanços alcançados, ainda há muito caminho a ser trilhado para a plena conquista da liberdade feminina. Tiburi (2019) complementa que o conteúdo de “O Segundo sexo” ainda é muito atual, especialmente no Brasil, país ainda muito atrasado em relação as questões de gênero como equiparação salarial e desigualdades domésticas.

A mulher conquistou, de fato, muitos direitos e liberdades, contudo, a liberdade requer também uma independência financeira, é ela que viabiliza a autonomia da mulher. É pelo trabalho que a mulher conseguiu reduzir a distância que a separa do homem e alcançou uma liberdade concreta. Entretanto, não se pode supor que a mudança da situação econômica da mulher seja suficiente para garantir uma transformação de sua situação na sociedade, certamente sua independência financeira é fator crucial, mas, uma completa transformação requer mudanças morais, sociais e culturais (Beauvoir, 2019b).

As contribuições de Simone de Beauvoir foram e são essenciais para compreender a condição da mulher na nossa sociedade, entretanto, é fundamental que se avance em outros aspectos não aprofundados por Beauvoir, como as questões de raça, classe e etnia (Souza, 2018). É preciso coadunar interseccionalidades como gênero, raça e classe para viabilizar uma luta conjunta (Alvarenga & Dias, 2021; Davis, 2016). Tal luta deve vislumbrar a existência de uma ordem social operando como uma grande máquina simbólica que tende a validar e reforçar a dominação masculina sobre a qual se fundamenta. É preciso considerar que a posição social que a mulher ocupa pode reforçar a situação de dominação, atenuá-la, mas dificilmente irá anula-la (Bourdieu, 2019). Requer, portanto, uma luta por mudanças de condições históricas transvestidas como naturalidades concretas (Souza, 2018).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Caracterização e delineamento**

A presente pesquisa possui um delineamento descritivo, uma vez que sua realização visa à elucidação de informações contextuais sobre o problema investigado, além de produzir conhecimento em relação a sujeitos e situações, descrever e relacionar fenômenos (Gil, 2010; Poupart et al., 2012). É de corte transversal, pois a investigação do fenômeno ocorreu em um momento delimitado no tempo. O estudo de corte transversal busca compreender e descrever a realidade como ela se apresenta em um momento específico (Gil, 2010).

Considerando o objetivo do estudo e o viés teórico que o fundamenta, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Este tipo de pesquisa estuda fenômenos em seus contextos naturais, visando entendê-los ou interpretá-los a partir dos significados e sentidos que as pessoas lhes atribuem. Deste modo, busca-se produzir conhecimento em relação ao que o sujeito da pesquisa expressa e de acordo com o contexto em que é produzido (Denzin & Lincoln, 2006; González-Rey, 1999). A pesquisa qualitativa tem como objetivo estudar os fenômenos sociais no ambiente onde acontecem, explorar aspectos subjetivos da conduta humana e compreender significados atribuídos pelos sujeitos (Ruiz-Olabuénaga, 2012).

Quando o pesquisador utiliza uma abordagem qualitativa de investigação, busca realizar a coleta de dados no contexto natural onde os participantes vivenciam o fenômeno em estudo (Creswell, 2014). Neste sentido, prioriza-se, além da elucidação dos significados atribuídos, a natureza socialmente construída da realidade, a relação entre pesquisador e objeto de estudo e as limitações da situação e contexto que interferem na investigação (Denzin &



Lincoln, 2006). Os fenômenos estudados na pesquisa qualitativa não são reduzidos a variáveis únicas, mas são compreendidos em sua totalidade no contexto em que ocorrem (Flick, 2009a).

Muitas vezes a escolha pela pesquisa qualitativa é justificada pela necessidade de uma compreensão completa e detalhada do problema, o que é viabilizado com o acesso aos participantes e permissão para que contêm livremente suas histórias (Creswell, 2014). A pesquisa qualitativa se destina à análise, em profundidade, de casos reais, considerando as nuances temporais e locais envolvidas e a partir das expressões e atividades dos participantes em seus próprios contextos de vida (Flick, 2009a). Nesse sentido, este tipo de pesquisa proporciona contribuições importantes ao estudo com sujeitos que têm problemas relacionados ao uso do álcool, justamente por considerar fatores contextuais envolvidos no problema (Pires, 2011).

A pesquisa qualitativa tem como objetivo estudar os fenômenos sociais no ambiente onde acontecem, explorar aspectos subjetivos da conduta humana e compreender significados atribuídos pelos sujeitos (Ruiz-Olabuénaga, 2012). Muitas vezes a pesquisa qualitativa é utilizada para ouvir vozes silenciadas (Creswell, 2014). Neste sentido, é pertinente a escolha pela pesquisa qualitativa para este estudo, uma vez que mulheres que fazem uso problemático do álcool frequentemente são silenciadas pela vergonha e estigma que envolvem o problema (Alzuguir, 2014; Bolzan, 2015; Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Lima, et al., 2010; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015; Zampieri, 2013).

#### **4.2 Caracterização do campo de pesquisa**

Foram campos de pesquisa neste estudo dois CAPSad de duas cidades da região Sul do Brasil, ambas com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) acima de 0,8 e com salário médio mensal dos trabalhadores formais em 2019 de cerca de 2,8 salários mínimos. Nos CAPSad dos dois municípios eram desenvolvidas atividades destinadas exclusivamente para mulheres acompanhadas no serviço. O primeiro CAPSad configura-se como um CAPSad III, está situado em uma cidade de médio porte e conta, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na RAPS, com os seguintes serviços: 66 Unidades da Estratégia da Saúde de Família; Programa Consultório na Rua; Policlínica; quatro hospitais, sendo que em um deles há dez leitos destinados a pacientes psiquiátricos; Serviço de Avaliação em Saúde Mental (SAS); quatro equipes de Apoio Matricial; Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Prevenção (CEDAP); CAPSII; CAPSi e CAPSad III. Especificamente sobre o CAPSad III, campo da presente pesquisa, sua implementação foi em 2004 como CAPSad. Em 2015, foi qualificado

como serviço de atendimento 24h, tornando-se então o CAPSad III. O serviço oferece diferentes atividades e oficinas, sendo uma delas destinada exclusivamente para mulheres usuárias do serviço. Em 2019, o CAPSad III contava com 47 servidores entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, cozinheiros, terapeuta ocupacional, farmacêutico e psiquiatras. Em junho de 2019, havia um total de 6.142 usuários cadastrados, 466 ativos e destes, aproximadamente 50 eram mulheres. O número total de atendimentos realizados durante o ano de 2019 foi de 19.890, entretanto, não há um filtro no sistema de registros que permita identificar qual o sexo das pessoas atendidas e nem a substância de uso. O grupo destinado às mulheres ocorria semanalmente e teve entre seis a oito participantes por encontro.

O segundo CAPSad campo de pesquisa, está localizado em uma cidade de grande porte do Sul do Brasil. Entre os serviços da RAS e RAPS disponíveis estão: 56 Unidades Básicas de Saúde (UBS); seis hospitais; Serviço Especializado em Reabilitação (SER); Unidade de Acolhimento (UA); Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS); Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS); duas Residências Terapêuticas; Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE); Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS); CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad. O CAPSad foi fundado em 2003, e funciona de segunda à sexta das 7h às 20h. O serviço oferece atividades e oficinas para os usuários acompanhados no serviço, sendo que uma delas é destinada exclusivamente para as mulheres usuárias do serviço. Em 2019, a equipe era composta por 21 profissionais, destes, um médico clínico geral, um médico psiquiatra, um assistente social, dois enfermeiros, dois psicólogos, três terapeutas ocupacionais, seis técnicos de enfermagem, quatro agentes administrativos e uma coordenadora que é também psicóloga. Em 2019 o serviço atendeu um total de 1.197 usuários, destes, 230 eram mulheres, 46 delas com problemas relacionados ao uso do álcool. Entre cinco de fevereiro e 10 de dezembro de 2019, a oficina específica para mulheres realizou um total de 315 atendimentos.

### **4.3 Participantes**

As participantes deste estudo foram selecionadas de forma intencional e não probabilística. Neste modo de seleção, bastante utilizado na pesquisa qualitativa, o pesquisador escolhe os sujeitos que irão participar do estudo utilizando critérios estratégicos, como sujeitos que são mais acessíveis para a participação, que têm disponibilidade e disposição para responder sobre o tema investigado e que estejam inseridos na situação e contextos que se pretende investigar (Gil, 2008; Ruiz-Olabuénaga, 2012).

Na pesquisa qualitativa, é possível escolher a amostra a partir de critérios pré-estabelecidos, o número de participantes pode ser definido antecipadamente e distribuído de acordo com as diferentes características (Flick, 2009a; Gil 2008). Inicialmente, a intenção era que participassem do estudo doze mulheres, a estimativa desse número foi baseada nos resultados do estudo de Guest et al. (2006) que identificaram que a saturação dos dados ocorreu nas primeiras doze entrevistas. Entretanto, esse número de participantes não é definitivo, porque, conforme pontua Minayo (2017), a amostra ideal na pesquisa qualitativa é aquela que demonstra, em quantidade e intensidade, as várias dimensões do fenômeno estudado. Sendo assim, não há medida estabelecida *a priori* para o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa" (Minayo, 2017, p. 10).

O número total de participantes da pesquisa foi de 11 mulheres, não foi possível realizar a décima segunda entrevista, pois no período que esta seria realizada emergiu a pandemia do novo Coronavírus. Os serviços tiveram seus atendimentos restringidos, assim como o acesso de pesquisadores aos CAPS, em função do distanciamento social imposto pela situação da pandemia. Contudo, o conjunto de dados obtidos com as 11 participantes foram suficientes para a realização das análises propostas. Das 11 participantes, seis eram usuárias do primeiro CAPSad (CAPSad III) e cinco do segundo CAPSad.

Para facilitar o acesso e o convite das participantes, a pesquisadora participou de um encontro do grupo destinado às mulheres nos dois CAPSad como observadora com o intuito de conhecer as usuárias e identificar aquelas que correspondiam aos critérios de inclusão para o estudo. Os critérios de inclusão para a participação nesse estudo foram: mulheres; maiores de 18 anos; estar em acompanhamento no CAPSad por qualquer período de tempo em função do uso abusivo do álcool; não fazer uso de outra substância psicoativa com exceção do tabaco; não estar sob o efeito do álcool no momento da coleta de dados, não apresentando, portanto, sinais como hálito etílico, odor de álcool, distorção na fala, fala arrastada, dificuldade para andar, comprometimento da função motora e do equilíbrio corporal; aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

#### **4.4 Instrumentos para a coleta de dados**

Para a coleta de dados foram utilizadas fontes de dados primários, ou seja, a coleta ocorreu no campo, diretamente com as participantes (Gil, 2008). Considerando o objetivo do presente estudo, foram utilizados dois instrumentos: entrevistas narrativas, conforme proposta

de Flick (2009b) e Jovchelovitch e Bauer (2002) e utilizadas por Langaro (2019) como adaptação de McAdams (2012) e o mapa de rede, conforme modelo proposto por Sluzki (1997). Shaughnessy et al. (2012) destacam que a utilização de diferentes instrumentos permite uma compreensão mais ampla sobre o fenômeno investigado.

A entrevista narrativa é um instrumento adequado para a investigação de projetos de vida, uma vez que é pelo discurso que se pode compreender de forma mais precisa como se constituem projetos individuais (Velho, 1997). As narrativas focam nas experiências biográficas, o que contribui para a compreensão dos projetos dos sujeitos de pesquisa (Langaro, 2019). Pelas narrativas, é possível conhecer detalhes contextuais e relações que são importantes para a compreensão da história do sujeito, o que possibilita que o pesquisador investigue o mundo empírico do entrevistado de forma mais abrangente (Flick, 2009b).

Ao narrar sua história, os sujeitos se lembram de acontecimentos de sua vida e encontram explicações possíveis para eles, colocam suas experiências em uma sequência e relacionam fatos que constituem a vida individual e social. A entrevista narrativa visa estimular o entrevistado a contar a história sobre acontecimentos significativos da sua vida e do contexto social. O contar histórias pela narrativa estrutura-se a partir de um esquema autogerador com três principais características: a primeira é a textura detalhada, que representa a necessidade das informações narradas terem maiores detalhes para facilitar a transição de um conteúdo para outro; a segunda característica se refere à fixação da relevância, em que o entrevistado narra os aspectos dos acontecimentos que são mais relevantes a partir de sua perspectiva de mundo; a terceira característica diz respeito ao fechamento da *Gestalt*: quando um acontecimento fundamental é mencionado na narrativa, este deve ser contado em sua totalidade, envolvendo o início, meio e fim da história (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

A entrevista narrativa é organizada a partir de perguntas geradoras que podem ser amplas e pouco específicas ou serem estruturadas a partir de perguntas mais específicas, delimitando com maior precisão um fato que seja objeto de pesquisa. Neste caso, as perguntas são direcionadas a um aspecto específico, em um determinado tempo e sobre algum tópico da biografia do participante (Flick, 2009b). Na presente pesquisa, foi utilizado um roteiro (Apêndice C) formulado a partir de uma adaptação do modelo *Life Story Interview*, proposto por McAdams (2012) e utilizado por Langaro (2019). As perguntas norteadoras da pesquisa foram relacionadas à trajetória e projetos de vida das participantes.

Em relação às fases da entrevista narrativa, a primeira fase se refere à pergunta geradora, a qual motiva a narração do participante. Após o pesquisador fazer a pergunta geradora e o entrevistado iniciar sua narrativa, este não deve ser interrompido; ao contrário, o

entrevistador deve manter uma postura de ouvinte ativo, demonstrando sua empatia com o conteúdo narrado, estimulando o participante a continuar sua narrativa até o final (Flick, 2009b; Jovchelovitch & Bauer, 2002). A próxima fase é a dos questionamentos, momento em que os fragmentos da narrativa que ainda não estejam claros podem ser mais explicitados a partir de novas perguntas geradoras que o entrevistador fará, utilizando trechos já narrados pelo participante. Posteriormente, na fase do equilíbrio, o entrevistador pode empregar um número maior de perguntas abstratas, com objetivo de obter maior descrição e argumentação. Para isso, pode utilizar questionamentos do tipo “como?” e complementar com “por quê?” para obter maiores explicações (Flick, 2009b).

Entrevistas narrativas já foram utilizadas em outros estudos sobre trajetórias e projetos de vida de mulheres (Corradi-Webster, 2009; Fertig et al., 2016; Pizzinato et al., 2016; Queiroz & Prado, 2018). A escolha pela entrevista narrativa para este estudo se deu pelo fato das narrativas favorecerem a articulação das histórias de vida das participantes com o contexto, atravessado por demandas culturais e comunitárias (Pizzinato et al., 2016). Nas pesquisas envolvendo sujeitos que fazem o uso problemático de álcool e outras drogas, as narrativas representam um potente instrumento de coleta de dados, pois “os significados da relação do sujeito com o mundo e com sua própria história emergem na narrativa, possibilitando a compreensibilidade de seu projeto e desejo de ser e de suas escolhas concretas, inclusive de sua relação com as drogas (Levy, 2015, p. 35).” Sendo assim, o uso das narrativas se mostrou um instrumento adequado para a maior compreensão das histórias e projetos de vida das participantes deste estudo.

O outro instrumento utilizado na realização deste estudo foi o mapa de rede (Apêndice B) conforme o modelo apresentado por Sluzki (1997). O mapa de rede passou a ser utilizado como instrumento de coleta de dados na pesquisa científica porque possibilita demonstrar o grau de vinculação e o compromisso das redes sociais, especialmente frente a situações específicas (Moré & Crepaldi, 2012), como o uso problemático de álcool (Borges & Schneider, 2017). O mapa de rede permite analisar qualitativamente os impactos das redes sociais no processo de desenvolvimento vital do sujeito (Moré & Crepaldi, 2012).

Os mapas de rede foram construídos individualmente com a mediação da pesquisadora e em conjunto com as participantes a partir de perguntas norteadoras para a sua construção (Apêndice C). Foram seguidas as etapas de elaboração propostas por Moré e Crepaldi (2012) e utilizadas no estudo de Krenkel (2018). Para a construção do mapa de rede foi utilizado um roteiro de questões apresentadas ao final da entrevista narrativa (Apêndice B) que versavam sobre as pessoas mais significativas na vida das participantes, quais funções estas pessoas

desempenhavam e de que forma se constituíam os vínculos. A construção do mapa de rede ocorreu em 6 etapas, a saber: 1) etapa de aquecimento para a construção; 2) etapa de conhecimento do desenho do mapa e dos símbolos a serem utilizados; 3) etapa da construção; 4) etapa de conclusão da construção do mapa de rede; 5) etapa de adequação do mapa de rede ao contexto da pesquisa e 6) etapa de confecção do mapa de rede de todos os participantes (Moré & Crepaldi, 2012).

O mapa de rede oferece para o pesquisador uma expressão mais clara e profunda de eventos vitais do sujeito participante da pesquisa (Moré & Crepaldi, 2012). Estudos já demonstraram que a utilização do mapa de rede é bastante importante na coleta de informação no contexto de pesquisa envolvendo a temática de álcool e outras drogas (Borges & Schneider, 2017; Picoli, 2013). Assim como exposto por Sluzki (1997), a utilização do mapa de rede permite identificar características estruturais da rede e os atributos dos vínculos, informações que possibilitam compreender como se constituem as redes sociais das mulheres participantes deste estudo.

O mapa de rede permite identificar as características estruturais, funções e atributos dos vínculos das redes sociais. Desta forma, é possível analisar em profundidade os elementos que compõem o mapa e, a partir disso, compreender a dinâmica relacional entre os participantes da pesquisa e os membros de sua rede (Krenkel, 2018). Por meio deste instrumento, é possível mapear a qualidade dos vínculos e o compromisso relacional da rede social de um sujeito, em diferentes âmbitos, e o modo que as pessoas que compõem a rede de um sujeito são significativas para ele, seja em uma determinada situação ou tempo específico. O registro do mapa de rede é descritivo e circunscrito em um dado momento ou situação vivenciada pelo sujeito foco de investigação. A utilização do mapa de rede pode ser potencializada ao aprofundar a análise das diferentes características da rede como funções e atributos (Moré & Crepaldi, 2012).

O mapa de rede é composto por três círculos concêntricos, em que o interno se refere às relações mais próximas do sujeito, o intermediário às relações de menor grau relacional, e o externo às relações mais esporádicas. É dividido em quatro quadrantes: família, amigos, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias (Sluzki, 1997). No quadrante das relações comunitárias, há uma subdivisão para identificar relações com sistemas de saúde e agências sociais. Considerando o campo do presente estudo, optou-se por inserir outras duas subdivisões nesse quadrante para identificar membros do contexto específico do CAPSad (Apêndice B). Na figura 1, apresenta-se o modelo original do mapa de rede conforme proposto por Sluzki (1997):

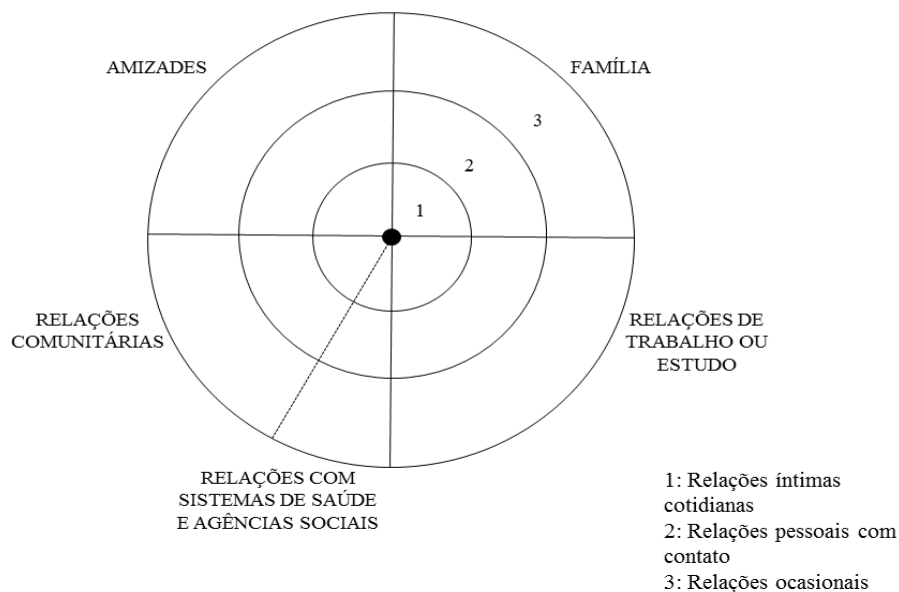


Figura 1: Modelo de Mapa de Redes proposto por Sluzki (1997)

Considerando a inserção das mulheres participantes deste estudo no contexto do CAPSad, foi adicionado à estrutura do Mapa de Rede, no quadrante da Comunidade, uma subdivisão específica para indicar as relações com profissionais e usuários do CAPSad, conforme demonstrado na figura 2:

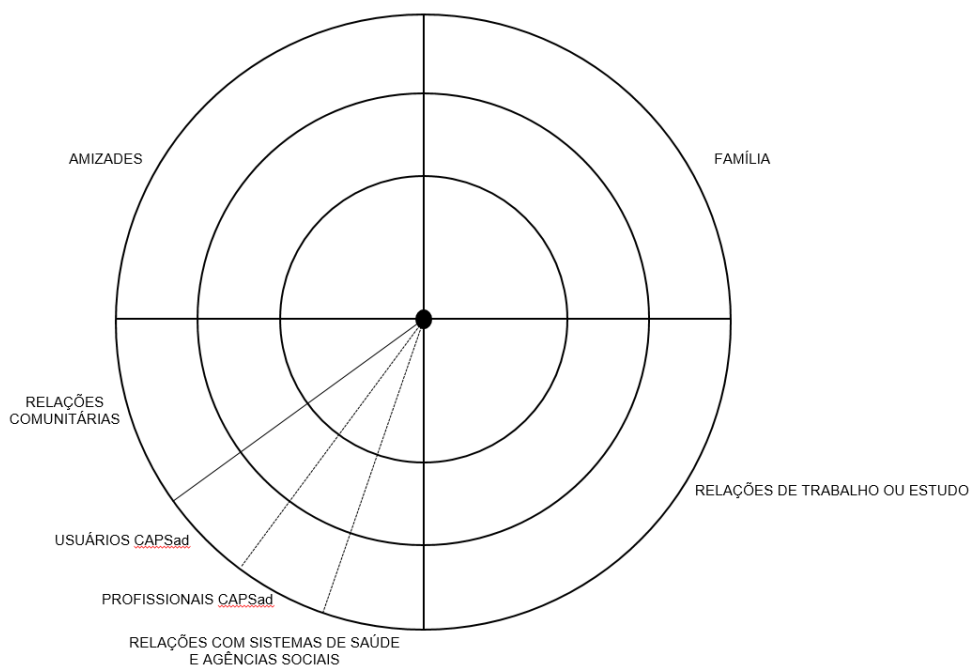


Figura 2: Adaptação do Mapa de Redes proposto por Sluzli (1997) com inserção dos campos profissionais e usuários do CAPSad

#### 4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Em relação aos procedimentos para a coleta de dados, considerando que a escolha pelo campo de pesquisa envolve interação, conhecimento e contato prévio com o campo (Minayo, 2004), inicialmente foi contatada a coordenação dos dois CAPSad, momento em que se explicou sobre o projeto de pesquisa e manifestou-se o interesse da pesquisadora em realizar a pesquisa nos referidos serviços. Em ambos os casos, a recepção da coordenação foi positiva e o retorno para a realização da pesquisa afirmativo. Após esse primeiro aceite da coordenação, foi solicitada e obtida a autorização oficial das Secretarias de Saúde dos dois municípios para a realização da pesquisa.

No início de outubro de 2019, visando a aproximação com o campo e com as possíveis participantes do estudo, a pesquisadora participou de um encontro do grupo destinado às usuárias em cada um dos CAPSad. No primeiro CAPSad campo de estudo, o CAPSad III, o grupo era chamado de “Integrando o feminino” e era conduzido por uma Psicóloga e uma Terapeuta Ocupacional. No dia da observação participaram deste grupo oito usuárias, as duas profissionais e a pesquisadora apenas como observadora. Neste encontro foi realizada uma dinâmica de grupo que visava demonstrar a importância de se ter apoio e alguém em quem confiar. Após a dinâmica, as mulheres refletiram e discutiram sobre o assunto suscitado pela dinâmica. O grupo acontecia nas terças-feiras à tarde e tinha duração de duas horas. No segundo CAPSad, o grupo destinado às mulheres chamava-se “Oficina mulheres” caracteriza-se como um grupo de artesanato e era conduzido por uma Terapeuta Ocupacional. A oficina acontecia nas terças-feiras no período da manhã e tinha duração de 1h. No dia da observação participavam do grupo seis usuárias, a Terapeuta Ocupacional que conduzia a atividade e a pesquisadora como observadora. As mulheres estavam produzindo artesanatos natalinos e enquanto produziam, conversavam sobre diferentes assuntos relacionados à família, ao artesanato, à vida social e ao uso de álcool e outras drogas.

Após esse contato inicial com o campo e com as possíveis participantes, as profissionais responsáveis pelos grupos informaram para a pesquisadora os dias da semana em que havia maior participação e frequência das mulheres no serviço. Nas semanas seguintes, com o intuito de acessar as participantes e realizar as entrevistas, a pesquisadora compareceu aos serviços nos dias indicados. Estando lá, as profissionais, já informadas sobre os critérios de inclusão para a participação no estudo, mediarão o convite para as usuárias participarem da pesquisa.

Cada participante foi convidada, individualmente, a participar do estudo. Neste momento, a pesquisadora forneceu todas as informações sobre a pesquisa, explicou seus



objetivos e esclareceu eventuais dúvidas. Todas as participantes que foram convidadas cumpriam com os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. Antes do início da entrevista, cada participante assinou o TCLE (Apêndice A), também lhes foi solicitada a autorização para a gravação das entrevistas. Estas foram gravadas por gravador de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas e a construção dos mapas de redes foram realizadas nos próprios CAPSad campos de pesquisa, em ambiente confortável, salas reservadas que garantiram a privacidade da participante e o sigilo das informações coletadas. As entrevistas ocorreram entre os meses de outubro e dezembro de 2019.

#### **4.6 Análise dos dados**

A análise do mapa de rede foi realizada pela metodologia de Sluzki (1997), que propõe que, a partir da disposição e características da rede, é possível identificar estrutura, funções e atributos dos vínculos das redes sociais significativas. A partir disso, foi possível caracterizar a rede social significativa dos participantes deste estudo. Com a construção do mapa de rede se obtém uma radiografia da rede social significativa, a partir da qual pode ser compreendido como se estrutura a rede, como ela é composta, quais as funções que os membros da rede exercem e os atributos dos vínculos existentes, ou seja, há todo um conjunto de variáveis que podem ser estudadas a partir do registro gráfico (Moré & Crepaldi, 2012).

Os elementos do mapa de rede analisados neste estudo foram: a) as características da rede social que envolvem tamanho, densidade, composição ou distribuição, dispersão e homogeneidade/heterogeneidade; b) os atributos dos vínculos, que se referem à multidimensionalidade do vínculo, reciprocidade, intensidade, frequência dos contatos e história da relação; c) funções dos vínculos que correspondem à companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos (Sluzki, 1997).

A análise do conteúdo que emergiu das narrativas para a construção dos mapas de rede foi realizada a partir da teoria fundamentada ou *Grounded-Theory*, conforme modelo proposto por Strauss e Corbin (2008) e explicitado por Moré e Crepaldi (2012). A análise teve início com o processo de codificação aberta visando a construção de categorias principais; posteriormente, realizou-se a codificação axial que resultou nas subcategorias e elementos de análise. Moré e Crepaldi (2012) salientam que a nomeação das categorias, subcategorias e elementos de análise pode ser alicerçada pela narrativa dos participantes, pela nomeação dos

quadrantes do instrumento mapa de rede ou a partir dos conceitos teóricos propostos por Sluzki (1997).

Para a análise das entrevistas narrativas também foi utilizada a *Grounded-Theory*, nesta perspectiva os dados constituem a base da teoria e a análise dos dados origina os conceitos que serão construídos (Charmaz, 2009). Na *Grounded-Theory*, o pesquisador compara e codifica os dados encontrados, extrai suas regularidades e conclui com teorias que emergiram da análise dos dados. Assim, a proposta não é testar uma teoria, mas compreender uma situação, as ações dos sujeitos e o porquê de a situação ocorrer daquela forma. A teoria fundamentada nos dados enfatiza também a compreensão da subjetividade da realidade construída pelos participantes (Gil, 2010).

O processo de análise das entrevistas narrativas iniciou com a leitura reiterada das transcrições das entrevistas para maior familiarização da pesquisadora com o conteúdo. Posteriormente, a análise seguiu os passos propostos por Strauss e Corbin (2008) sendo eles:

a) *Codificação aberta*: representa a identificação e nomeação de conceitos ou elementos de análise que elucidam o fenômeno pesquisado. Nesta fase, ocorre o agrupamento de conteúdo conforme semelhanças e diferenças a partir do estabelecimento de categorias e subcategorias de análise visando identificar regularidades e singularidades das narrativas.

b) *Codificação axial*: Fase em que os dados são reagrupados a partir da codificação aberta. As categorias e subcategorias são reorganizadas de forma a estabelecer associação entre elas.

c) *Codificação seletiva*: Nesta fase todos os dados que resultaram das etapas anteriores são integrados e refinados, as categorias são organizadas a partir dos temas centrais com suas respectivas subcategorias e elementos de análise.

Creswell (2014) chama a atenção para o fato de que, na apresentação e análise dos dados da pesquisa qualitativa, incluem-se relatos dos participantes, reflexão do pesquisador, descrição e interpretação do problema. Deste modo, após a análise dos dados do mapa de rede e das narrativas, ambos foram analisados, integrados e sistematizados conforme proposta de Strauss & Corbin (2008) e modelo já realizado por Krenkel (2018). Após a finalização do processo de codificação, os dados foram submetidos a uma análise de pares. Para melhor sistematização, organização e análise de dados, foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos ATLAS.ti (Versão 9.0), obtido via *Student License*. A escolha por este programa justifica-se pelo fato deste ter como matriz de referência a *Grounded Theory* (Krenkel, 2018).

#### 4.7 Procedimentos éticos

A realização desta pesquisa foi autorizada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) sob o parecer número 3.615.645 e número de CAAE 21180819.5.0000.0121. Foram seguidos todos os preceitos do Código de Ética de Pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012, garantindo o respeito e autonomia dos participantes (Brasil, 2012a). Só participaram deste estudo as mulheres que aceitaram livremente participar e que assinaram o TCLE (Apêndice A).

### 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão organizados e divididos em três subseções. A primeira expõe a caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa, a segunda seção refere-se à análise geral dos dados, nela serão apresentadas as categorias, subcategorias e elementos de análise que emergiram do processo de análise de conteúdo. A última seção é destinada à apresentação dos mapas de redes individuais e síntese das trajetórias de vida das participantes.

A análise de conteúdo das 11 entrevistas realizadas resultou em seis categorias e suas respectivas subcategorias e elementos de análise. As categorias são os eixos norteadores de análise deste trabalho e se referem aos seguintes temas: 1) sobre a participante; 2) família e relações amorosas; 3) rede social significativa; 4) trajetória e projeto de vida; 5) relação com o álcool e 6) trajetória do cuidado e acompanhamento do CAPSad. O Quadro 1 sistematiza a composição final dos dados.

Quadro 1 – Apresentação de categorias, subcategorias e elementos de análise

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
1. Sobre a participante	1.1 Saúde	Condições gerais de saúde	1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10
		Sofrimento psíquico	1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11
		Tentativa de suicídio	3, 5, 10
		Uso de cigarro	2, 4, 6, 7, 8, 9
		Uso de medicação prescrita	3, 4, 5, 7, 9, 10
	1.2 Estudo, trabalho e renda	Percurso acadêmico	1, 5, 6, 10
		Vida laboral	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
		Permanência em casa na maior parte do tempo	1, 7, 8, 9, 11
		Vida financeira	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
	1.3 Singularidades	Características psicológicas	1, 3, 5, 8, 9, 10, 11
		Situações e contextos de vulnerabilidade	4, 6, 8, 9, 10
		Condição feminina	5, 6, 10, 11
	1.4 Solidão	Fica muito tempo sozinha em casa	1, 3, 7, 9, 10

		Sente-se sozinha e é difícil conviver com a solidão	1, 5, 7, 9, 10
		Gostaria de ter um companheiro	1, 2, 7, 8
		A solidão favorece o uso do álcool	1, 7
2. Família e relações amorosas	2.1 Características familiares	Configurações e características da família de origem	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Vulnerabilidades e violências na família de origem	4, 6, 10
		História de adicções e problemas de saúde mental na família	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11
		Valores e preconceitos familiares	2, 4, 5
		Família abusiva	5, 6, 11
	2.2 Relações amorosas	Histórias dos relacionamentos afetivos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Desilusões e frustrações na relação amorosa	1, 2, 7, 8, 10, 11
		Separação e viuvez	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Relação positiva com o companheiro	1, 3, 5
		Casamento conflituoso	4, 6, 9, 10
		Situações de violência e abuso	2, 6, 7, 9, 10, 11
		2.3 Relacionamento familiar	Relacionamento com os pais
	Relacionamentos com os irmãos		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
	Relações com a família estendida		1, 2, 3, 6, 8
	Conflitos familiares		1, 2, 3, 4, 5, 6, 10
	Relacionamento com os filhos		1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11
	A experiência da maternidade		1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11
	Sobre ser avó		1, 7, 8, 11
	2.4 Apoio e suporte familiar	Abandono, rejeição e falta de apoio da família	2, 4, 5, 6, 9, 10, 11
		Perda de confiança, discriminação, controle e vigilância da família	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11
Família é unida e lhe oferece apoio e suporte		2, 3, 7, 8, 11	
Cuida e ajuda pais e outros familiares		2, 6, 7, 8, 11	
3. Rede Social Significativa	3.1 Características da rede e dos vínculos	Limitação ou ausência de vínculos na rede	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11
		Contatos com pessoas significativas por meio da tecnologia	1, 3, 5, 6, 8
		Atributos dos vínculos	3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11
	3.2 Composição da rede	Família	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Profissionais do CAPSad	1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11
		Usuários do CAPSad	1, 2, 3, 5, 7
		Amizades	1, 3, 5, 8, 10
		Relações Comunitárias	8, 9, 11
		Trabalho ou estudo	2
	3.3 Funções dos vínculos da rede	Apoio emocional	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11
		Ajuda material e de serviços	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Guia cognitivo e conselhos	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10

		Companhia social	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9	
		Regulação social	2, 4, 8, 10	
4. Trajetória e projeto de vida	4.1 Aspectos marcantes na trajetória de vida	Lembranças mais significativas da sua história de vida	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11	
		Situações e acontecimentos difíceis na vida	1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	
		Situações e acontecimentos felizes na vida	1, 2, 4, 5, 7, 8, 11	
		Morte de familiares como momento de muita dificuldade e sofrimento	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
		Resumo da vida marcado por dificuldades e dedicação ao trabalho e família	2, 3, 5, 6, 8, 10, 11	
		Eventos significativos que modificaram sua trajetória	4, 5, 6, 10, 11	
		4.2 Reflexão sobre a trajetória e constituição de projeto de vida	Em algum momento da sua vida teve projetos pessoais, realizações e felicidades	3, 4, 6, 7, 11
	Projetos que tinha no passado era casar e ter filhos		1, 2, 4, 7, 11	
	Projetos que tinha no passado era relacionado à trabalho e estudo		1, 6, 10	
	Sentimentos de insatisfação e frustração com sua trajetória		1, 2, 3, 5, 6, 10, 11	
	Realização de projetos que tinha no passado		2, 7, 11	
	Superação de dificuldades e valorização do que possui		3, 8, 11	
	4.3 Desejos e projetos em relação ao futuro	Expectativa de realizações de seus projetos	1, 3, 4, 6, 7	
		Desejo de futuro envolve ter motivação, independência e dignidade	6, 7, 11	
		Desejo de futuro envolve trabalho e estudo	4, 6, 8, 9, 10	
		Família como elemento central dos desejos e projetos de futuro	1, 2, 3, 4, 6, 8	
		Não tem projetos, perspectivas ou desejos para o futuro	1, 2, 5, 7, 9, 10, 11	
		Uso do álcool como impedimento ou limitação para a realização de seus projetos	1, 3, 6, 8, 9,	
		Seu maior desejo para o futuro é parar de beber	1, 3, 6, 7, 8, 11	
	5. Relação com o álcool	5.1 Sobre o uso do álcool	Tempo de início do uso	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
			Motivações e contextos de início do uso	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Motivações atuais para o uso do álcool			2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11	
Padrão e frequência atual de consumo			1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
Tipo de bebida ingerida			1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
Histórico do uso abusivo e sintomas de abstinência			1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
Rotina e contexto de uso do álcool			1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11	

	5.2 Aspectos sociais do uso do álcool	Concepções pessoais e sociais acerca do beber	2, 4, 5, 6, 8, 10, 11	
		Influência de outras pessoas para o uso abusivo	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
		Uso do álcool em conjunto com o companheiro	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11	
	5.3 Funções do uso do álcool	Uso do álcool proporciona mais disposição e felicidade	1, 2, 4, 7, 8, 11	
		O álcool acalma e traz alívio para dores e sofrimentos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11	
		Uso do álcool como estratégia de fuga da realidade	2, 3, 4, 5, 6, 7, 11	
	5.4 Prejuízos do uso abusivo do álcool	Uso do álcool trouxe perdas e conflitos familiares	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11	
		Uso do álcool trouxe prejuízos para sua vida laboral	1, 4, 6, 8,	
		Prejuízos físicos, cognitivos e comportamentais	1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	
		Uso abusivo do álcool a coloca em risco e compromete seu autocuidado	4, 6, 7, 8, 9, 11	
	5.5 Interrupção ou redução do uso do álcool	Decisão e desejo de parar de beber	3, 5, 6, 7, 8, 9, 11	
		Redução ou interrupção do uso	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11	
		Desafios da interrupção do uso do álcool	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11	
	6. Trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad	6.1 Percursos do cuidado e tratamento	Histórico de acompanhamento em outra instituição ou serviço	1, 5, 7, 8, 9, 10
			Histórico de interações em função do uso do álcool	1, 2, 3
O CAPSad foi o único serviço especializado acessado			2, 3, 4, 6, 8, 10, 11	
6.2 Processo do cuidado no CAPSad		Encaminhamento e procura pelo CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
		Tempo de acompanhamento e frequência no CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
		Sobre a participação da família no tratamento	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11	
		Dificuldades e interrupções no tratamento	1, 4, 5, 8, 10, 11	
		Projeto de vida é um tema trabalhado no CAPSad	1, 3	
6.3 Aspectos relacionais e atividades realizadas no CAPSad		CAPSad como possibilidade de ampliação da rede de contatos e de interação social	1, 3, 5, 7, 8, 11	
		Relação com os profissionais do CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11	
		Envolvimento nas atividades realizadas no serviço	3, 4, 5, 7, 8, 11	
		Sobre a realização de atividades externas ao CAPSad	1, 2, 3, 7, 8	
6.4 Percepções sobre o processo do cuidado no CAPSad		O que mais gosta no CAPSad	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11	
		Avaliação sobre o cuidado oferecido no CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
		Avaliação da sua experiência no CAPSad	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11	

Fonte: desenvolvido pela autora

## 5.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

O Quadro 2 apresenta os dados sociodemográficos das participantes do estudo. Das 11 mulheres entrevistadas, seis eram usuárias do CAPSad III e cinco do CAPSad. Em relação à raça, as 11 declararam-se brancas, a idade variou de 35 a 58 anos. Sobre a escolaridade, quatro participantes tinham o Ensino Fundamental Incompleto, duas completaram o Ensino Fundamental, uma possuía o Ensino Médio Incompleto, duas o Ensino Médio Completo e duas participantes concluíram o Ensino Superior, uma delas tendo cursado também um curso de pós-graduação. No que se refere à religião, quatro participantes afirmaram serem católicas, três evangélicas, uma da igreja Batista e três afirmaram não ter religião. Quanto ao estado civil e coabitação, seis eram casadas ou viviam em união estável, três destas residiam com o companheiro e filhos e três residiam apenas com o companheiro. Três participantes eram viúvas, destas, duas residiam com filhos e uma residia sozinha, duas das participantes eram divorciadas, uma residia com a filha e a outra com filhos e genro. A renda média familiar mensal das participantes variou entre R\$1.000,00 e R\$5.000,00.

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica das participantes

Participante	Local	Idade	Escolaridade	Religião	Estado civil	Filhos	Com quem reside	Profissão	Faixa salarial Familiar
P1	CAPSad III	44	Ensino Superior	Batista	Divorciada	1	Filha	Policia Militar aposentada	R\$5.000
P2	CAPSad III	54	Fundamental Incompleto	Católica	Divorciada	2	2 filhos, genro	Aposentada	-
P3	CAPSad III	35	Ensino Médio Completo	Nenhuma	Casada	2	Marido e filho	Licença saúde há 2 anos	R\$5.000
P4	CAPSad III	41	Ensino Médio Incompleto	Nenhuma	União Estável	2	Companheiro e filhas	Diarista	R\$3.000
P5	CAPSad III	36	Pós-graduação	Evangélica	Casada	1	Marido e filha	Advogada	R\$5.000
P6	CAPSad III	37	Ensino Médio Completo	Evangélica	União Estável	Não	Companheiro	Auxílio acidente	R\$1.000
P7	CAPSad	51	Fundamental Completo	Nenhuma	Viúva	3	Sozinha	Pensionista	R\$2.000
P8	CAPSad	48	Fundamental Completo	Católica	Viúva	3	Filha	Desempregada	R\$280,00
P9	CAPSad	58	Fundamental Incompleto	Católica	União Estável	4	Companheiro	Desempregada	R\$1.000
P10	CAPSad	48	Fundamental Incompleto	Católica	União Estável	2	Companheiro	Desempregada	R\$5.000
P11	CAPSad	56	Séries iniciais Completo	Evangélica	Viúva	4	2 filhos	Pensionista	R\$1.200

Fonte: desenvolvido pela autora

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos dados obtidos pelas entrevistas semiestruturadas e pela construção dos mapas de rede, realizou-se a análise dos dados seguindo os princípios metodológicos da *Grounded Theory* que envolveram o processo de codificação aberta, axial e seletiva. Os procedimentos adotados para a análise de dados desta pesquisa possibilitaram a emergência de seis categorias, com suas respectivas subcategorias e elementos de análise.

Sustentando-se nos pressupostos epistemológicos que fundamentam este estudo, buscou-se enfatizar as trajetórias individuais e singulares narradas pelas participantes ao mesmo tempo que se entende a constituição dos fenômenos na inter-relação do individual e social, imersos em um determinado contexto. Deste modo, considera-se que o conjunto de categorias, subcategorias e elementos de análise constituem um real sentido quando compreendidos como uma rede de sentidos e significados que se constituem em um determinado tempo e contexto, a partir de realidades históricas, sociais e culturais distintas. Neste caso, cabe salientar que a realização da pesquisa ocorreu antes do início da pandemia da COVID-19, portanto, as análises aqui desenvolvidas circunscrevem-se nesse contexto temporal pré-pandemia. Foi a partir desta perspectiva que os dados foram organizados, analisados e serão apresentados a seguir.

### 6.1.1 Sobre a participante

A primeira categoria apresenta informações sobre a participante e dela resultaram cinco subcategorias e seus elementos de análise. As cinco subcategorias detalham aspectos sobre a saúde da participante, estudo, trabalho e renda, singularidades e sobre a solidão.

Quadro 3 – Sobre a participante

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
<b>1. Sobre a participante</b>	1.1 Saúde	Condições gerais de saúde	1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10
		Sofrimento psíquico	1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11
		Tentativa de suicídio	3, 5, 10
		Uso de cigarro	2, 4, 6, 7, 8, 9
		Uso de medicação prescrita	3, 4, 5, 7, 9, 10
	1.2 Estudo, trabalho e renda	Percurso acadêmico	1, 5, 6, 10
		Vida laboral	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11



		Permanência em casa na maior parte do tempo	1, 7, 8, 9, 11
		Vida financeira	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
	1.3 Singularidades	Características psicológicas	1, 3, 5, 8, 9, 10, 11
		Situações e contextos de vulnerabilidade	4, 6, 8, 9, 10
		Condição feminina	5, 6, 10, 11
	1.4 Solidão	Fica muito tempo sozinha em casa	1, 3, 7, 9, 10
		Sente-se sozinha e é difícil conviver com a solidão	1, 5, 7, 9, 10
		Gostaria de ter um companheiro	1, 2, 7, 8
		A solidão favorece o uso do álcool	1, 7

Fonte: desenvolvido pela autora

A primeira subcategoria aborda aspectos relacionados à **saúde** (1.1) da participante e contempla as condições gerais de saúde, sofrimento psíquico, tentativa de suicídio, uso de cigarro e uso de medicação prescrita. Oito entrevistadas relataram como estavam suas *condições gerais de saúde*, apenas a participante 1 afirmou ter uma saúde ótima, as demais, compartilharam diferentes acometimentos de saúde:

“Eu tenho uma saúde de ferro.” (P01)

“Aí veio um diagnóstico de fibromialgia.” (P 5)

A participante que demonstrou maior comprometimento da sua condição de saúde foi a participante 9, que há um ano teve o diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (HVI+) e que em função de complicações da saúde tinha dificuldade para realizar suas tarefas domésticas:

“Acho que vai fazer um ano [...] fiz todos os exames, a moça disse ‘não tenho uma boa notícia pra ti’, ‘o que que ouve?’ ‘tu tá com HIV, essa doença não tem cura’ [...] O meu deu positivo, aí ele (companheiro) fez o dele deu negativo [...] Esse HIV me atacou dessa vez, aí não consigo bem dizer limpar uma casa, não consigo passar um pano no chão.” (P 9)

A maioria das participantes deste estudo indicaram condições gerais de saúde marcadas por algumas complicações. Em relação a isso, é interessante notar que em estudo realizado por Assis e Castro (2010) com mulheres acompanhadas em Ambulatório de Saúde Mental em função do uso do álcool, a maioria das participantes atribuíram uma melhora significativa de seu quadro geral de saúde após início do tratamento na instituição, sugerindo que o acompanhamento em função do uso do álcool trouxe desdobramentos positivos para a condição

geral de saúde. Entretanto, Mulia e Bensley (2020) ao analisarem as disparidades relacionadas ao uso do álcool entre mulheres, chamaram a atenção para o fato de a saúde das mulheres ter determinações econômicas, sociais e contextuais que ultrapassam a condição do uso do álcool, sendo necessário, portanto, um olhar integral para a situação da mulher.

Neste estudo, a complexidade implicada na determinação do processo saúde-doença foi evidenciada no caso da participante 9, sua condição fragilizada de saúde está associada a uma série de fatores que a deixam em situações de maior vulnerabilidade. Sobre isso, Buss e Pellegrine Filho (2007) explicam que as condições de saúde refletem o atravessamento de diferentes determinações como gênero, raça e classe social, tais condições podem ser melhor compreendidas à luz dos determinantes sociais em saúde (DSSS), que representam os fatores individuais, socioculturais, econômicos, ambientais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais relacionados ao processo saúde-doença.

No caso da participante 9, houve complicações em diferentes esferas de sua vida que foram maximizadas em função do estigma em relação à pessoa com HIV+. Após a confirmação do seu diagnóstico, a participante perdeu o trabalho de diarista que tinha, sentia-se mais fraca e menos disposta para fazer suas atividades diárias, além disso, preocupava-se com uma possível contaminação do companheiro já que ele não usava preservativo:

“Ele (companheiro) já tá contaminado, por causa de descuido né, eu disse pra ele 'oh, tu se cuide', porque ele é bem jaguara.” (P 9)

Em uma sociedade com viés patriarcal e heteronormativa como a brasileira, o fato de ser a mulher a receber o diagnóstico de HIV+ potencializa o estigma já existente em torno do vírus, a mulher tende a ser considerada promíscua e infratora, passível de sofrer diferentes violências (Ceccon & Meneghel, 2017; Oliveira & Junqueira, 2020). No caso da participante deste estudo (P 9), o companheiro não demonstrava julgamento ou preocupação com o fato dela ter o vírus e não a recriminava por isso, já no contexto laboral, a situação foi diferente:

“Eu tenho esse meu problema de HIV, daí meus patrão de certo se assustaram que não quiseram mais eu.” (P 9)

A perda do trabalho foi entendida pela participante como um gesto de discriminação em função de seu diagnóstico. Tal realidade foi verificada em estudos com mulheres que viviam com o HIV, em que o estigma e exclusão mostraram-se muito presentes e como estratégia para lidar com esse fato, as mulheres tentavam esconder o diagnóstico e buscavam o isolamento (Ceccon & Meneghel, 2017; Oliveira & Junqueira, 2020; Renesto et al., 2014; Villela & Barbosa, 2021), entretanto, o isolamento tende a intensificar o sofrimento. Especialmente nos casos de mulheres HIV+ que fazem uso abusivo do álcool, a presença do

apoio social é fundamental para o tratamento e enquanto estratégia de promoção da saúde (Hu et al., 2016).

Especificamente na esfera da saúde mental, oito participantes relataram a vivência do *sofrimento psíquico*, para três delas o sofrimento foi tão intenso que culminou na *tentativa de suicídio*. O relato da participante 5 oferece uma dimensão de seu sofrimento:

“Se eu for te dizer o que dói mais, uma ferida no corpo, uma ferida na alma, eu acho que a da alma dói bem mais, eu sei porque eu já tive várias feridas no corpo, eu já me quebrei várias vezes, já quebrei, já tive fratura, já me cortei, essas eu tiro de letra, agora eu acho que as feridas da alma são as mais dolorosas, se você me perguntasse, se eu pudesse escolher entre ter um câncer ou a doença mental que eu tenho, eu preferia o câncer.” (P 5)

Frente ao sofrimento constante, a participante tentou o suicídio pela primeira vez ainda na adolescência:

“Com 14 anos tava grávida, solteira, totalmente abandonada e rejeitada aí eu tentei suicídio pela primeira vez [...] Tomei todos os comprimidos que tinham no armário de comprimido da minha mãe, junto com uma garrafa de vodka e tomei SBP junto, aí dormi e acordei, mas não tinha morrido.” (P 5)

A participante 3 demonstrou que seu sofrimento era tão intenso que resultou na tentativa de suicídio dentro do próprio CAPSad:

“Até que cheguei no fundo do poço, tentei o suicídio aqui dentro do CAPS.” (P 3)

O sofrimento psíquico manifestado pelas participantes corrobora com dados de outros estudos (Cugler & Figueiredo, 2021; Esper et al., 2013; Silva & Lyra, 2015; Soccol et al., 2018) sendo a tentativa do suicídio uma expressão cabal do sofrimento psíquico vivenciado por estas mulheres, o que também já foi identificado por Cordeiro et al. (2020) e Santos et al. (2019). Tal fato mobiliza reflexões acerca da complexidade que envolve o processo de adoecimento psíquico destas mulheres, processo esse que frequentemente se constitui em uma trajetória de vida marcada por perdas e dificuldades, como nas histórias expressadas pelas participantes deste estudo, evidenciando intersecções entre as trajetórias pessoais, adoecimento psíquico e o abuso do álcool.

Uma possível associação entre o abuso do álcool e a tentativa de suicídio foi investigada no estudo realizado por Cordeiro et al. (2020) que teve como objetivo relacionar o uso do álcool e a tentativa de suicídio entre pacientes de Recife, no ano de 2015. Os resultados demonstraram uma relação entre o abuso do álcool e a maior probabilidade de uma tentativa de suicídio. Além disso, verificou-se que o comportamento suicida foi maior entre mulheres jovens e potencializado pelo uso do álcool. Contudo, também foi verificado que o uso abusivo do álcool

estava associado a diferentes complicações na vida, sugerindo, portanto, que é preciso cautela ao se estabelecer uma relação direta de causa e efeito, sendo necessário considerar diversos outros fatores envolvidos na determinação do problema. Reforçando essa perspectiva, o estudo realizado por Soccol et al. (2021), sobre as motivações para a tentativa de suicídio de mulheres acompanhadas em um CAPSad, identificou que as tentativas relacionavam-se a quadros de depressão, situações de violência, perdas e relacionamentos conflituosos. Ou seja, as motivações estavam associadas à história de vida das participantes e não exclusivamente ao uso de drogas.

No que se refere ao consumo de outras substâncias, seis entrevistadas faziam o *uso de cigarro*, em consonância com esse dado, outros estudos com mulheres que faziam o uso de álcool (Assis & Castro, 2010) e que eram acompanhadas em CAPSad (Trevisan & Castro, 2019) também identificaram uma recorrência do uso do cigarro, indicando que esta é uma substância de uso comparativamente frequente entre este público.

Em relação ao *uso de medicação prescrita*, seis participantes relataram que estavam fazendo o uso de medicação como estratégia do tratamento proposto no CAPSad, esse dado converge com os encontrados em outros estudos em que a utilização da medicação constituía-se como um dos pilares do tratamento no CAPSad (Duarte et al., 2020; Ferreira & Bleicher, 2018; Trevisan & Castro, 2019). A prescrição da medicação enquanto recurso predominante é ainda mais recorrente quando destinada às mulheres, que frente ao acúmulo de demandas acabam estando mais suscetíveis à medicalização como tentativa de normatização (Alvarenga & Dias, 2021).

As participantes deste estudo apresentaram queixas em relação ao uso excessivo e aos efeitos destas medicações:

“Tem um remédio que eu tomo, se eu tomar ele eu fico anulada, eu durmo, porque daí é os três juntos [...] dá vontade só de dormir, não tenho forças pra nada.” (P 7)

Para algumas participantes o recurso da medicação enquanto estratégia de tratamento teve implicações negativas em suas rotinas de vida uma vez que sentiam-se invalidadas e com sua capacidade funcional comprometida. Tal fato alude ao processo ainda muito presente da medicalização da vida, em que condutas classificadas como anormais e o próprio sofrimento humano ganham status de transtornos a serem medicados (Caponi, 2009), especialmente quando se trata do público feminino (Alvarenga & Dias, 2021). Mesmo na RAPS, é frequente o uso indiscriminado da medicação enquanto recurso de cuidado em detrimento de outras estratégias, como acolhimento e suporte psicossocial (Duarte et al., 2020; Lima & Guimarães, 2019).

A queixa acerca do uso excessivo da medicação e de seus efeitos trazida por estas participantes, reforça os dados já encontrados por Duarte et al. (2020) e por Ferreira e Bleicher (2018) em que usuários de CAPSad também indicaram o uso excessivo do recurso da medicação e o quanto seus efeitos traziam prejuízos para suas vidas. Esse fato sugere que em alguns CAPSad ainda se faz presente a adoção de estratégias de cuidado por vezes simplistas, que desconsideram a complexidade que envolve os problemas relacionados ao uso do álcool e da própria condição humana.

Entre outros fatores, a complexidade de vida das participantes envolve **estudo, trabalho e renda** (1.2) e são descritos nesta segunda subcategoria que apresenta o percurso acadêmico, vida laboral, a permanência em casa na maior parte do tempo e sobre a vida financeira. Quatro participantes falaram especificamente sobre seu *percurso acadêmico* e demonstraram trajetórias escolares e acadêmicas distintas:

“Eu tenho uma formação na área de direito, sou advogada, e pós-graduação em direito penal e processual penal, e agora eu tô fazendo um curso de análise e desenvolvimento de sistemas.” (P 5)

“Eu fiz até a oitava série, e ainda nem terminei direito, também já faz tempo aí eu não quis mais.” (P 10)

Para a maioria das participantes deste estudo, o percurso acadêmico foi de interrupção da formação escolar, indicando haver limitações para a permanência destas mulheres no ensino formal. Por outro lado, destaca-se a trajetória da participante 5, que embora tenha concluído a graduação e alcançado níveis especializados de formação, isso não foi impeditivo para que tivesse problemas com o uso abusivo do álcool, demonstrando que este é um problema que pode atingir diferentes classes profissionais e sociais, ainda que as consequências possam ser maiores para quem soma vulnerabilidades sociais.

A limitação da formação escolar e acadêmica da maioria das participantes trouxe impactos para a *vida laboral*. A esfera profissional foi marcada pelo distanciamento destas mulheres do mundo do trabalho formal e a recorrência do trabalho doméstico e na área de limpeza enquanto fonte de renda:

“Na realidade tô fazendo é, diárias, mas eu trabalhei na empresa 10 anos, trabalhava como limpeza né.” (P 4)

“Eu trabalhava na área da limpeza porque eu não tenho estudo, entendeu?” (P 10)

“Não, não trabalho, faço bico, diarista, essas coisas.” (P11)

As vivências destas participantes vão ao encontro do processo histórico de exclusão da mulher do exercício de funções mais valorizadas no mercado de trabalho e da naturalização do

trabalho doméstico como atribuição feminina, com pouco ou nenhum reconhecimento financeiro e social (Bourdieu, 2019; Davis, 2016). Por outro lado, especificamente no caso da participante 5

Os dados aqui verificados se assemelham aos encontrados no estudo de Gaino et al., (2019) com 141 mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto/SP, destas, a maioria não exercia atividade remunerada, e das que exerciam, muitas desempenhavam funções com pouco prestígio e baixa remuneração, com frequência atividades domésticas e de limpeza de um modo geral. Da mesma forma, o estudo de Silva et al. (2019) com 864 mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Recife (PE) verificou que 68% delas tinham como ocupação atividades domésticas. Com resultado muito semelhante, no estudo de Pillon et al. (2014), 67,2% das participantes também indicaram atividades domésticas como principal ocupação.

Ao longo da história o trabalho doméstico representou a principal atribuição na vida da mulher (Beauvoir, 2019a; Figueiredo & Diniz, 2018) e sua desvalorização e/ou não remuneração se consolidou na esfera familiar e social (Bourdieu, 2019; Santos & Diniz, 2018). Embora as mulheres tenham hoje muito mais oportunidades para romper com essa lógica e alcançarem novos e melhores espaços ocupacionais, esta não é uma realidade para todas já que muitas mulheres ainda vivenciam processos de exclusão do mundo do trabalho qualificado e bem remunerado, como é o caso da maioria das participantes deste estudo, que tanto a vida laboral como acadêmica foram marcadas pela falta de acesso à formação e profissionalização.

Compreender o atual processo de mudanças em relação às condições das mulheres e as relações entre os sexos requer analisar as transformações dos mecanismos das instituições mantenedoras da hierarquia dos sexos, principalmente a família, a igreja e a escola. Muitos são os fatores relacionados ao processo de mudança que envolve a condição da mulher na sociedade, de todos eles, entretanto, o principal é a instituição escolar que ao possibilitar o aumento do acesso das mulheres à instrução acadêmica acaba por viabilizar sua independência econômica e disso resulta também transformações das estruturas familiares e sociais (Bourdieu, 2019). Relação esta verificada no presente estudo, uma vez que a insuficiente formação escolar das participantes resultou em limitações laborais e o trabalho doméstico como alternativa possível, ainda que mal remunerado e valorizado.

Associada às limitações da vida profissional e à recorrência do trabalho doméstico, cinco participantes citaram a *permanência em casa na maior parte do tempo* como uma realidade diária, cuja rotina envolve assistir TV, ouvir rádio e cuidar dos afazeres domésticos:

“Mas ficar contínuo, contínuo, é de manhã à noite dentro de casa, é TV, rádio, TV, rádio, né.” (P 7)

“Minha rotina de vida não é muita coisa não, eu fico dentro de casa, fico fazendo meu serviço.” (P 11)

“Mas em casa eu fico assim, aí eu fico um pouquinho no quarto, deitada, aí vou pra cozinha, sento lá no sofá, fico deitada [...] aí eu invento qualquer coisa pra limpá [...] fico lavando a louça, limpando os armários, limpando a geladeira.” (P 9)

Outra dimensão importante no relato das participantes 09 e 11 é que ambas referiram já terem tido uma vida social ativa, com o exercício de outras atividades e maior interação social, o que foi perdido a partir de relacionamentos amorosos que tinham ou que tiveram:

“Antes, quando eu era sozinha, quando eu não vivia, não vivia com ele (companheiro), aí eu ia na casa das minhas amigas, saía, nós ia dançar, voltava pra casa, aí depois que se ajuntei com ele, não saí mais de casa.” (P 9)

“Aí até que depois eu consegui esse meu marido, casei com ele, aí como eu já era acostumada a saí, saí, saí, saí, saí, aí foi quando eu casei com ele, ele não era de sair, eu fiquei enforcada dentro de casa, daí comecei a beber dentro de casa.” (P 11)

A falta de atividades e interações sociais externas, explicitada na fala das participantes, oferece uma perspectiva do quanto a vida destas mulheres se restringe ao ambiente doméstico, convergindo com o fato de que, embora as mulheres tenham conquistado e ocupado seu espaço no mundo do trabalho e em demais contextos, as atribuições domésticas continuam sendo predominantemente femininas, o que acaba por favorecer para a permanência das mulheres neste lugar (Benites & Barbarini, 2009; Figueiredo & Diniz, 2018; Santos & Diniz, 2018; Siqueira & Bussinguer, 2020). Além disso, o isolamento referido pelas participantes contribui para a escassez de atividades realizadas para além do ambiente doméstico, o que reduz as possibilidades de conexões e interações sociais, entrando assim em um ciclo que se retroalimenta e que traz implicações diretas para a saúde (Esper et al., 2013; Lima, 2010; Moré & Crepaldí, 2012; Meneses, 2014).

Concatenada às barreiras na esfera profissional, a *vida financeira* da maioria das participantes (4, 6, 8, 9, 10, 11) configurou-se como uma situação de limitações e precariedade, por vezes, sendo necessária ajuda de outras pessoas para garantir as condições básicas de sobrevivência:

“É, as minhas filhas sempre me ajudam né [...] meu irmão também mora do lado né, aí às vezes ele vem ali e também, ele olha, me dá R\$150,00, me dá R\$100,00, a água ele paga, a luz ele paga separado, [...] e a gente vai se mantendo.” (P 8)

“Que nem no domingo, domingo retrasado, não tinha nem um pedaço de carne pra fazer pro almoço, não tinha arroz, não tinha macarrão, não tinha nada, aí eu fui lá na casa da minha amiga lá, aí ela me deu dois pernil de porco assim, aí um pouco de arroz pra cozinhar.” (P 9)

Para além da ajuda recebida por pessoas próximas, quatro participantes (4, 6, 9, 10) relataram que dependiam financeiramente de seus companheiros, esse dado converge com o encontrado no estudo de Benites e Barbarini (2009) sobre histórias de vida de mulheres acompanhadas na Estratégia Saúde da Família e com os resultados da pesquisa de Nascimento et al. (2020) sobre as associações entre fatores sociodemográficos e o consumo de álcool por mulheres de uma comunidade da zona rural, em ambos os estudos verificou-se a dependência econômica das participantes em relação a seus companheiros. Entre as participantes da presente pesquisa, duas (09 e 10) afirmaram que só se mantinham na relação por dependerem do companheiro para conseguirem se sustentar:

“Eu tô dependendo dessa pessoa e eu tô sofrendo muito porque eu não tenho pra onde ir... daí eu tenho que ficar aguentando desaforo, entendeu?” (P 10)

Outro elemento importante sobre a vida financeira destas mulheres é o fato de que duas delas não tinham autonomia sobre o seu dinheiro. A participante 2 contou que não era ela quem controlava seu dinheiro, mas sim a filha, nem sabia quanto recebia de aposentadoria, a filha administrava seus rendimentos. Já a participante 4, entregava integralmente para o marido o valor que recebia das diárias que realizava:

“Eu nem sei quanto que eu tô ganhando, eu não sei quanto que eu ganho [...] Ela (filha) administra todo salário de casa, é ela que administra.” (P 2)

“E todo dinheiro que eu ganho de diarista, eu dou tudo pra ele (companheiro), sabe, todo dinheiro que eu ganho eu dou tudo pra ele.” (P 4)

Na esfera financeira da vida destas participantes destaca-se, portanto, estas três realidades: a limitação econômica, a dependência financeira e a falta de autonomia sobre seu dinheiro. As diferentes dificuldades financeiras vivenciadas por estas mulheres as deixam em situações de maior vulnerabilidade e dependência, o que compromete suas possibilidades de existência e de liberdade (Beauvoir, 2019b). A dependência econômica, muitas vezes, decorre da exclusão, precarização e/ou baixa remuneração da mulher no mercado de trabalho, condições ainda muito presentes (Bourdieu, 2019; Braga et al., 2019), especialmente no contexto brasileiro, em que a parcela de pessoas desempregadas, em subempregos e com menores salários é maior entre o público feminino (IBGE, 2020b).

As limitações financeiras agravam as condições de vida destas mulheres e comprometem sua autonomia e independência. Também têm a sua autonomia comprometida



aquelas que não têm domínio sobre seus próprios recursos financeiros, o que pode configurar-se, inclusive, como situação de violência patrimonial, uma vez que essa é entendida como qualquer ação que resulte na retenção, subtração ou destruição de pertences pessoais (Brasil, 2006). A condição dessas mulheres em relação à sua vida financeira, sinaliza para um cenário de diferentes vulnerabilidades. Já entre as entrevistadas 01, 03 e 07, o aspecto financeiro não foi um fator preponderante em suas narrativas, indicando realidades distintas na trajetória de vida destas 11 participantes.

Em relação às **singularidades** (1.3) das participantes, foram analisados elementos acerca de suas características psicológicas, situações e contextos de vulnerabilidade e sobre a condição feminina. As diversas *características psicológicas* das participantes elucidaram as diferentes formas de ser e de se relacionar:

“Eu escondo muito os sentimentos.” (P 1)

“Só que assim oh, eu fiquei assim, tipo assim oh, mais carinhosa, eu quero assim dar pros outros o que eu queria que alguém desse pra mim, esse carinho, esse amor assim eu tenho pelas pessoas.” (P 11)

O relato da participante 11 evidencia um processo de ressignificação, uma vez que diante da ausência do carinho que gostaria de receber, busca oferecê-lo às pessoas próximas ainda que de forma unilateral, não representando aquilo que Sluzky (1997) chama de reciprocidade, onde há trocas no exercício de funções, como o apoio emocional em que o carinho pode ser uma de suas expressões. A fragilidade dos vínculos e da própria rede social, que foi manifestada por algumas das participantes deste estudo, corrobora com o resultado de outras pesquisas que demonstram a limitação de vínculos significativos de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, numa discussão que pode nos levar a pensar sobre o que é causa e o que é consequência, mas que na verdade, deve ser tomada numa lógica recursiva, de mútua implicação de determinações (Amodeo et al., 2007; Campos & Reis, 2010; Cugler & Figueiredo, 2021; Litt et al., 2015; Macedo et al., 2018; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015).

A fragilidade dos vínculos frequentemente se constitui como um fator de risco para diferentes vulnerabilidades (Cugler & Figueiredo, 2021; Macedo et al., 2018), condições estas vivenciadas por cinco participantes, que falaram sobre *situações e contextos de vulnerabilidades* que marcaram suas trajetórias:

“Fui lá na minha filha arrumá mais alguma coisa lá na minha filha Viviane<sup>1</sup>, vê se arrumava uma lata de azeite, aí ela deu mais umas coxinha de frango, aí ele (companheiro)

---

<sup>1</sup>Todos os nomes referidos neste trabalho são fictícios

cortou tudo pedacinho pequenininho assim os frango, pra render, aí eles tão me ajudando bastante, minha vizinha também tá ajudando, aí esses dias tava sem feijão, daí fui lá e ela não tava, tava só o marido dela, ‘não, espera aí, vou te dá um dinheiro aí tu compra feijão pra ti’, disse ‘ah mas depois eu acerto contigo’, ‘não, não precisa pagar, não precisa pagar, se precisar mais alguma coisa pode vim aqui’.” (P 9)

Já participante 10 falou do quanto sua condição de vulnerabilidade econômica limita suas possibilidades de existência:

“Olha o que eu tô passando, eu não tenho pra onde ir, eu tô desempregada, eu não tenho estudo pra arrumar um emprego, entendeu?” (P 10)

As diferentes situações e contextos de vulnerabilidades, especialmente econômicas, relatadas pelas cinco participantes convergem com os dados do estudo de Tassinari et al. (2018) que identificaram a ausência de renda como elemento recorrente entre mulheres usuárias de um CAPSad do Sul do país. Tal condição frequentemente decorre da falta de estudo e de emprego, fato também verificado por Santos et al. (2019) em pesquisa realizada com usuárias de um CAPSad do interior de São Paulo. Estes dados demonstram o quanto diferentes situações se articulam e se somam atuando na determinação de diferentes condições de vulnerabilidades, em uma profusa interseccionalidade, estando na base das condições de determinação do uso abusivo do álcool (Paiva & Costa, 2017; Wagner & Baldwin, 2020).

Para além da condição econômica, as participantes também sinalizaram vulnerabilidades sociais, envolvendo questões de trabalho, saúde e moradia. A vulnerabilidade social pode ser entendida como a ausência de acesso a serviços como o de saúde, educação, habitação, trabalho, segurança e pela falta de garantia de direitos (Koller et al., 2020). Especificamente no contexto da saúde, a vulnerabilidade é compreendida a partir de uma análise ampla acerca dos determinantes individuais, comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Ou seja, envolve o entendimento de que o adoecimento resulta de uma série de fatores, não apenas individuais, mas coletivos e contextuais que atuam na produção do adoecimento, mas também na proteção da saúde (Ayres et al., 2009). Nesse sentido, a compreensão das diferentes situações de vulnerabilidades e de sua relação com o uso de álcool, requer considerar o sujeito e tudo que compõe sua vida (Rameh-de-Albuquerque et al., 2017).

Entre os diferentes elementos que compõe a vida das mulheres participantes deste estudo, a *condição feminina* foi uma dimensão importante exposta na fala de quatro delas, que relacionaram fatos da vida com os papéis atribuídos à mulher, especialmente no que se refere ao uso do álcool:

“Porque é feio uma mulher beber, homem já é feio, imagina uma mulher né.”(P 6)

“Que mulher normal pra mim é uma mulher que vai e sai a noite, toma aquela bebidinha, uma tacinha de vinho e fica naquela, entendeu, uma mulher companheira.” (P 10)

“Aí me perguntam pra mim ‘o que que é uma vida normal?’, é uma mulher que não bebe, uma mulher que vive com a família, que todo mundo tem orgulho.” (P 11)

A fala destas participantes acaba por endossar o estigma ainda presente em nossa cultura e sociedade em relação à mulher que faz uso abusivo do álcool (Ait-Daoud et al., 2017; Alzuguir, 2014; Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Lennox et al., 2018; Lima, et al., 2010; Santos & Romanini, 2019; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015). Historicamente, o papel da mulher sempre foi o de cuidadora de quem bebe e não de quem faz o uso abusivo do álcool (Pierry et al., 2021; Sanches et al., 2018). Nesse sentido, o relato das participantes confirma o entendimento de que o papel da mulher é o de cuidar da família e por quem as pessoas devem sentir orgulho, dado também identificado no estudo de Campos e Reis (2010) em que as participantes enfatizaram que a mulher que bebe não cumpre seu papel social de quem cuida e zela pela família.

Ainda em 1949, Simone de Beauvoir afirmou que cuidar da casa, organizá-la e garantir a felicidade do lar sempre foi uma função feminina. A autora enfatiza que, muitas vezes, a mulher encontrava seu destino nos cuidados da casa, do marido e dos filhos, funções exaustivas, mas que não lhe traziam prazer e satisfação. Sua renúncia a outros projetos pessoais para que possa dedicar-se integralmente à casa e a família é socialmente admirável, ainda que isso não lhe traga nenhuma realização (Beauvoir, 2019b). Embora tal realidade já tenha se alterado de modo significativo (Benevides & Boris, 2020; Benites & Barbarini, 2009; Figueiredo & Diniz, 2018), ainda há muito o que se avançar na construção de campos de possibilidades mais efetivos em que a mulheres possam inserir-se em diferentes espaços com condições de igualdade e de oportunidade de realização que ultrapassem a esfera doméstica e familiar.

O fato da vida dessas mulheres muitas vezes se restringir ao contexto doméstico, acaba por contribuir com o isolamento vivenciado por algumas das participantes deste estudo, que referiram a presença de sentimentos de **solidão** (1.4) e expressaram as dificuldades de uma vida solitária. Os elementos de análise acerca da solidão envolvem: fica muito tempo sozinha em casa; sente-se sozinha e é difícil conviver com a solidão; gostaria de ter um companheiro e a solidão favorece o uso do álcool.

Cinco participantes afirmaram que *ficam muito tempo sozinhas em casa*. A participante 9 contou que durante a semana sua rotina é mais difícil, pois fica sozinha em casa enquanto o companheiro sai para trabalhar e fica o dia todo fora:

“Aí é ruim dia de semana pra mim, por ele (o companheiro) tem que sair de manhã 6h da manhã, e só chega 6h da noite, fico sozinha.” (P 9)

A participante 7 também relatou que fica bastante tempo sozinha, embora tenha a família por perto, entende que eles já têm a sua vida e não pode contar com eles como companhia:

“Porque eu fico muito em casa só também [...] que eu fico sozinha de manhã, que a minha filha trabalha e de tarde ela chega, mas ela fica um pouco lá e meu filho também, que eles já tem, todo mundo têm a vida deles né.” (P 7)

Frente à vivência da solidão, as participantes expuseram como se sentiam, cinco delas afirmaram *sentirem-se sozinhas e que é difícil conviver com a solidão*. A participante 1 contou que a filha irá casar em breve e sair de casa, isso tem intensificado seu sofrimento e o medo de ficar só. Já a participante 5 buscava estratégias para lidar com a dificuldade imposta pela solidão:

“Ai meu Deus, ela (filha) casa em janeiro, aí eu vou ficar mais sozinha ainda e esse é o meu medo.” (P 1)

“Não consigo conviver muito bem com a solidão sabe [...] eu fico muito sozinha então o telefone é o meu amigo.” (P 5)

“Me sinto só e é difícil conviver com isso.” (P 7)

A solidão pode ser definida justamente como a ausência afetiva do outro, implica um sentimento e a sensação de estar sozinho. Pode até haver uma aproximação geográfica, entretanto, não há proximidade psicológica, interação e comunicação emocional (Moreira & Callou, 2006). Santini et al. (2020) ao descreverem as diferenças entre a desconexão social e a solidão, destacaram que enquanto a desconexão social alude à limitação de contatos sociais, a solidão refere-se a uma experiência subjetiva, mais relacionada à qualidade das relações do que com a quantidade. Nesse sentido, a solidão pode ser vivenciada independentemente da quantidade de pessoas que se conhece e interage.

A solidão constitui-se de formas distintas e com diferentes significados, depende da experiência vivida de cada sujeito (Moreira & Callou, 2006). Para Almeida (2020, p. 7) a “solidão não é um sentimento simples, mas um misto de sensações como angústia, dor, medo e tristeza, que foi mudando ao longo do tempo, com dimensões sociais e políticas.” Angerami-Camon (1990) acrescenta que uma definição absoluta da solidão é intangível quando se considera as diversas e singulares formas de viver a solidão.

Na contemporaneidade, embora possa se estar cercado de pessoas, aparentemente as pessoas têm vivido mais sozinhas que outrora (Almeida, 2020; Bauman, 2009). A modernidade

trouxe muitos avanços científicos, tecnológicos e de ampliação dos meios de comunicação, contudo, tais mudanças vêm acompanhadas pelo aumento do individualismo e da vivência da solidão (Moreira & Callou, 2006). Assim, a solidão constitui-se como “um vagar na incerteza do insólito da existência humana” (Angerami-Camon, 1990, p. 2). O isolamento e a solidão, não existem em si e por si, mas se constituem na realidade de um ambiente, do tempo e das relações humanas (Van Den Berg, 1973).

Nas narrativas de algumas das participantes deste estudo, a solidão foi um tema de destaque, expondo a relevância das relações humanas para atribuição de sentido e significado para a existência, e, por outro lado, as dificuldades e sofrimentos que envolvem uma vida solitária. Almeida (2020) assinala que a solidão abrange sentimentos de exclusão e de se estar só contra a própria vontade. Já para Angerami-Camon (1990) trata-se de um tema frequente e intrínseco à condição humana, constituindo-se como fenômeno complexo e de difícil abordagem, mas que encontra nas conexões humanas possibilidades de rupturas do sentimento do vazio da solidão.

Frente à vivência da solidão e das dificuldades que dela decorrem, quatro participantes referiram que *gostariam de ter um companheiro*. As falas demonstraram que a essência desse desejo se relacionava ao anseio de ter uma companhia para compartilhar a vida:

“Daí sentia falta de ter alguém pra não ficar só, entende? [...] Não é questão de ... sexo, é questão de conversa, companhia, é questão disso.” (P 7)

“Só que daí as vezes eu ficava olhando os casal assim, eu achava tão bonito sabe, aí mãe, pai, filho, ali tudo, e eu sempre sozinha, toda vida sozinha, eu falava 'ai meu Deus', né que eu, tipo assim, não que eu sinta aquela necessidade de homem, aquela sabe, mas tipo assim, aí acordar cedo, vamos tomar um cafezinho, aí vamos juntos na igreja, a gente chegar e, companheirismo assim, sentia falta de companheirismo.” (P 8)

O exemplo presente nos relatos destas mulheres demonstra o modo como compreendem as relações amorosas e a função delas em suas vidas. Para além de uma parceria sexual, o desejo refere-se principalmente a ter alguém com quem compartilhar suas trajetórias da vida. A ausência de vínculos e o sentimento de solidão aqui demonstrados, trazem diferentes repercussões para a vida destas mulheres, entre elas, o aprofundamento do uso do álcool.

Duas participantes confirmaram que *a solidão favorece o uso do álcool*. Ao serem questionadas sobre momentos e situações em que sentiam mais vontade de beber, as participantes 1 e 7 afirmaram:

“Quando eu fico...quando eu fico só.” (P 7)

“A situação que eu faço mais uso é quando eu tô sozinha [...] eu me isolo pra beber e isso é ruim, porque daí eu não tenho uma vida social.” (P 1)

A solidão representa um fator de risco para o uso e também impacta no processo de cuidado frente à tentativa de parar ou reduzir o consumo. A participante 1 revelou seu desejo de parar de beber para sentir-se melhor e ao ser questionada sobre a maior dificuldade para a interrupção ou redução do consumo, sua resposta foi taxativa:

“A solidão.” (P 1)

Em consonância com estes dados, outros estudos realizados com mulheres também identificaram a vivência da solidão e seus efeitos na trajetória do uso do álcool e na vida destas mulheres (Corradi-Webster, 2009; Cugler & Figueirido, 2021; Silva, 2012; Silva & Lyura, 2015). O uso do álcool enquanto recurso para lidar com a solidão também foi verificado entre usuários de CAPSad que participaram do estudo de Lima et al. (2018) que teve como objetivo compreender os significados conferidos à droga pelas pessoas que fazem uso abusivo e de que modo elas relacionam o uso com suas histórias de vida, os participantes atribuíram o aumento do consumo do álcool à vivência da solidão.

Os dados do presente estudo acerca da solidão convergem especificamente com os encontrados por Silva e Lyra (2015) na pesquisa realizada com mulheres usuárias de um CAPSad sobre a relação entre a solidão e o uso do álcool, as participantes afirmaram que a solidão é um dos aspectos mais presentes de suas vidas trazendo implicações diretas para o uso do álcool, seja enquanto elemento de agravo para o abuso, ou, por outro lado, o próprio uso como causador do isolamento e da solidão. Esse fato também foi evidenciado nesta pesquisa, em que o consumo do álcool apareceu enquanto estratégia para lidar com a solidão, e, por outro lado, a busca do isolamento como recurso para conseguir fazer o abuso do álcool. Tais situações expõem a complexidade que envolve o fenômeno, e assim como propõem Van Den Berg (1973) e Angerami-Camon (1990), revelam que a solidão se faz presente no âmago das dores e sofrimentos humanos.

De fato, a solidão frequentemente está associada ao sofrimento e desespero, e seu entendimento, portanto, implica a compreensão da condição humana como solitária (Angerami-Camon, 1990). A solidão é própria da condição humana e mesmo muitas das psicopatologias estão a ela associadas, “se a solidão nunca ocorresse na existência humana, poder-se-ia admitir que os distúrbios psiquiátricos seriam desconhecidos” (Van Den Berg, 1973, p. 105). No presente estudo a solidão representou um fator importante na trajetória de vida e do uso abusivo do álcool, demonstrando a existência de uma camada profunda que precisa ser desvelada ao se analisar a relação entre relações sociais, solidão e o uso do álcool.

### 6.1.2 Família e relações amorosas

A segunda categoria contempla aspectos sobre a família e apresenta uma análise específica dos relacionamentos amorosos. Para tal, a categoria divide-se em quatro subcategorias que correspondem às características familiares, relações amorosas, relacionamento familiar e sobre o apoio e suporte familiar.

Quadro 4 – Família e relações amorosas

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
<b>2. Família e relações amorosas</b>	2.1 Características familiares	Configurações e características da família de origem	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Vulnerabilidades e violências na família de origem	4, 6, 10
		História de adicções e problemas de saúde mental na família	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11
		Valores e preconceitos familiares	2, 4, 5
		Família abusiva	5, 6, 11
	2.2 Relações amorosas	Histórias dos relacionamentos afetivos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Desilusões e frustrações na relação amorosa	1, 2, 7, 8, 10, 11
		Separação e viuvez	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Relação positiva com o companheiro	1, 3, 5
		Casamento conflituoso	4, 6, 9, 10
		Situações de violência e abuso	7, 9, 10, 11
	2.3 Relacionamento familiar	Relacionamento com os pais	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11
		Relacionamentos com os irmãos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Relações com a família estendida	1, 2, 3, 6, 8
		Conflitos familiares	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10
		Relacionamento com os filhos	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11
		A experiência da maternidade	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11
Sobre ser avó		1, 7, 8, 11	

	2.4 Apoio e suporte familiar	Abandono, rejeição e falta de apoio da família	2, 4, 5, 6, 9, 10, 11
		Perda de confiança, discriminação, controle e vigilância da família	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11
		Família é unida e lhe oferece apoio e suporte	2, 3, 7, 8, 11
		Cuida e ajuda pais e outros familiares	2, 6, 7, 8, 11

Fonte: desenvolvido pela autora

A primeira subcategoria apresenta as **características familiares** (2.1) e contempla as configurações e características da família de origem, vulnerabilidades e violências na família de origem, história de adições e problemas de saúde mental na família, valores e preconceitos familiares e sobre família abusiva. No que se refere às *configurações e características da família de origem*, as participantes expuseram elementos relacionados ao tamanho da família e às suas diferentes características:

“Bom, eu, eu tive um pai que eu descobri que não era meu pai aos 30 anos, que era meu pai... não era o meu pai biológico [...] alguma coisa eu sabia que tinha, só que eu achava que assim adotada não podia ser porque eles tiveram eu quando eles tavam fazendo faculdade, então adotada eu não podia ser, alguma coisa tinha por trás disso e foi uma pulada de cerca da mãe e daí eu... eu vim pro mundo.” (P 1)

Ao contar quantos irmãos tem, a participante 6 revelou ter uma família grande e reconstituída:

“Do meu pai 3 (irmãos), minha mãe tem 6 (filhos) ao todo né, mas do meu pai são 3 [...] meu pai foi o último, ela teve um primeiro (marido) que teve 3 (filhos), depois com o meu pai mais 3 [...] meu pai tem mais dois filhos com outra mulher e mais uma adotada [...] ao todo são nove irmãos.” (P 6)

Os relatos das participantes demonstram diferentes formas de constituição e de configurações familiares, de fato, as famílias brasileiras vêm passando por importantes e significativas mudanças (Cervený & Berthoud, 2009; Seibel et al., 2017), o próprio significado de família depende de elementos culturalmente estabelecidos e, portanto, é mutável (Velho, 1997). Contudo, a despeito de todas estas transformações, os relacionamentos familiares mantêm-se como elementos basais do sistema familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Sendo assim, para se definir família é preciso considerar que “a família está em evolução, transformando-se continuamente e organizando-se muito mais por laços de afeição do que por hierarquias tradicionais” (Cervený & Berthoud, 2009, p. 30).



O sistema familiar é algo complexo em que histórias individuais estão imbricadas na dinâmica e no ciclo vital familiar (Carter & McGoldrick, 1995; Silva, Oro et al., 2021), havendo um entrelaçamento entre sujeito, família e sociedade que traz implicações para as trajetórias pessoais (McGoldrick et al., 2012). Para algumas das participantes do presente estudo, as histórias familiares foram marcadas predominantemente por dificuldades, vulnerabilidades e violências. Especificamente sobre as situações de *vulnerabilidades e violências na família de origem*, três participantes compartilharam experiências adversas vivenciadas por elas no âmbito familiar:

“Então quer dizer, eu já vim de uma família humilde, de pobreza mesmo, de morar em porão assim que não tinha nem teto, sabe, só as telhas, de dormir no mesmo quarto que eles (pais), às vezes dormia no sofá, onde passava rato, passamo fome.” (P 4)

A participante 6, ao contar fatos que considerava marcantes em sua trajetória, detalhou situações de violência no contexto familiar:

“Foi um dia que ele (pai) chegou bêbado, que ele batia na minha mãe né, batia na minha mãe e corria pra bater na gente, sem a gente fazer nada né, aí nós se escondia tudo debaixo da cama, daí um dia ele chegou em casa [...] minha mãe tava com um roupão, pegou um daqueles, aqueles tacos de beisebol, botou ele dentro do roupão, quando ele (pai) botou a cara na porta assim, essa foi, foi forte pra gente assim sabe, a minha mãe deu uma (tacada) assim que ele caiu né, bateu a cabeça, nós achamo que ele tinha morrido.” (P 6)

As diferentes dificuldades que envolvem vulnerabilidades e situações de violência presentes na história destas três participantes expressam o que foi sinalizado por Cerveny e Berthoud (2009) acerca da precariedade que marca a trajetória de muitas famílias brasileiras, representando, por vezes, um *locus* de conflitos e agressão. O estudo de Silva, Oro et al. (2021) sobre os aspectos intergeracionais de famílias em situação de violência, verificou esse fato entre os participantes do estudo, que indicaram a recorrência de histórias envolvendo violências, conflitos e dificuldades, tanto na família nuclear como na família de origem.

Para Koller et al. (2020) a família em situação de vulnerabilidade e violências ao invés de se constituir como um fator de proteção, acaba por configurar-se como um fator de risco para seus membros. As autoras salientam que as vulnerabilidades econômicas e sociais vivenciadas por algumas famílias podem desencadear diferentes problemas e situações de risco, como negligência, violência e o uso ou tráfico de drogas. Contudo, conforme o estudo de Cardoso et al. (2020) demonstrou, por vezes a família é responsabilizada e culpabilizada por uma série de problemas sem que se considere outros determinantes e atores sociais, ignorando a complexidade que envolve a família e sua situação.

No que se refere às características familiares das participantes deste estudo, oito delas falaram sobre o *histórico de adicções e problemas de saúde mental na família*. As participantes 2, 3 e 11 destacaram que não havia histórico de uso de álcool em suas famílias de origem:

“Ninguém usava álcool, muitas vezes eu me perguntei, assim né, porque que eu tenho esse vício maldito, ninguém usava.” (P 11)

Por outro lado, as participantes 4, 7, 8, 10 e 11 narraram a presença de diferentes problemas familiares envolvendo internações psiquiátricas e uso de drogas ilícitas:

“O pai vivia sempre em Curitiba, nesses hospital, hospício né, que existia.” (P 10)

“A mãe tinha crise de nervos assim que dava nela, ela jogava pedra em nós, ela se escondia, ela assim, a mãe era bem assim sabe, ela tinha problema de doença de nervos, ela foi interna no hospício, antigamente existia né.” (P 11)

“O meu filho também toma sabe... ele é usuário também mas ele é, ele usa... maconha né.” (P 7)

Os fatos narrados pelas participantes expõem que a ausência do abuso do álcool no contexto familiar não representou, necessariamente, elemento protetivo para as três participantes, demonstrando que não é possível estabelecer uma causalidade direta e definitiva em relação ao problema, mas sim que trata-se de uma questão complexa e multideterminada. No caso da família, esta pode constituir-se como um fator de risco ou de proteção para o uso abusivo do álcool, a depender de suas características, especialmente do modo como se constituem as relações familiares (Borges et al., 2017; Borges & Schneider, 2021; Cugler & Figueiredo, 2021; Kuntsche et al., 2011). Famílias com relações próximas e saudáveis tendem a ser um fator protetivo, por outro lado, famílias distantes e com relações conflituosas constituem-se como fatores de risco para o uso abusivo (Takahara et al., 2017).

O ambiente familiar pode também configurar-se como um contexto de (re)produção de estigmas envolvendo o abuso do álcool, especialmente em relação à mulher. A participante 5 chamou a atenção para este fato ao sugerir que enquanto seu “vício” era considerado um problema, a mãe, que joga, não era percebida como alguém adicta. Diante disso ela questionou o que se pode caracterizar como vício: O jogo? O uso do álcool? Ambos?

“Ela (mãe) gosta de um carteadado, ela não pode ficar sem o carteadado, eu seis horas da tarde vou tomar o meu vinho, ela, às seis horas da tarde vai pra jogatina com as amigas, então... nós duas somos viciadas? Ou nenhuma de nós duas é viciada? Então, esse parâmetro assim eu não sei.” (P 5)

Em outro momento destacou o quanto seu uso do álcool é estigmatizado pela família, enquanto o do irmão é minimizado:

“Eu beber meu vinho: ‘ai, alcoólatra, alcoólatra, viciada’, ele (irmão), tomar, fazer uma festinha, pagar vinharada, encher a cara e torto de bêbado, ‘não, é aborrecente, ele é só um jovem’.” (P 5)

Além das desigualdades em relação ao gênero, o relato da participante explicita a contradição presente quando se rotula alguém que bebe como viciado enquanto outros comportamentos adictos não são considerados como tal. As diferentes condições e significados implicados nas histórias de adições e problemas de saúde mental nas famílias lançam luz para a amplitude da questão e demonstram que um olhar reducionista e estigmatizante acaba por limitar as possibilidades de reconhecimento do sujeito como alguém dotado de potencialidades e de possibilidades de existência.

No presente estudo foram recorrentes as trajetórias familiares marcadas por problemas de saúde mental, internações psiquiátricas e diferentes adições, trazendo implicações diversas para a vida das participantes e evidenciando um padrão transgeracional do sofrimento. Neste sentido, os resultados do estudo de Costa, Costa et al. (2018) sobre como as experiências da família de origem repercutiram no clima familiar dos seus descendentes, demonstraram uma correlação entre o abuso de substância psicoativas e o desajuste psicológico dos pais com diferentes consequências negativas para a vida dos filhos, como vivência de conflitos, falta de apoio e de coesão familiar.

Especificamente em relação ao abuso do álcool e suas repercussões no sistema familiar, diferentes estudos têm identificado o ambiente familiar como contexto frequente de início e de mediação do uso do álcool (Araújo, 2010; Cugler & Figueiredo, 2021; Esper et al., 2013; Gomes & Brilhante, 2021; Guimarães, 2009a; Lima et al., 2018; Marangoni & Oliveira, 2013; Neves et al., 2021; Orth & Moré, 2008; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al., 2018; Shahram et al., 2017; Soccol et al., 2018) e indicado possibilidades de um padrão de repetição do uso na transgeracionalidade (Araújo, 2010; Carter & McGoldrick, 1995; Guimarães et al., 2019; Guimarães, 2009a; Marangoni & Oliveira, 2013). Contudo, assim como demonstrado neste estudo, embora o abuso do álcool pela família de origem represente um fator de risco para o uso da substância pelas gerações seguintes, isso, por si só, não é um fator determinante (Silva, 2012).

Nos casos em que há o uso abusivo do álcool no contexto familiar, as potencialidades e competências da família não podem ser negligenciadas, ao contrário, precisam ser consideradas pelos profissionais da saúde para que atuem no sentido de identificá-las, resgatá-las e fortalecê-las (Ebling et al., 2020). Considerando que a família representa um microsistema que está imerso e conectado com outros diferentes sistemas e em permanente

inter-relação com fatores sociais, culturais, históricos e econômicos (Koller et al., 2020; Seibel et al., 2017), ao analisar a relação entre família e abuso do álcool, é preciso considerar a interconexão dos diferentes fatores e estabelecer estratégias de cuidado e atenção à saúde que deem conta da amplitude do fenômeno.

Entre as características familiares, também foram mencionados os *valores e preconceitos familiares*. Três participantes expuseram de que modo eles se constituíam e eram transmitidos:

“Uma coisa que o meu pai sempre dizia (para as filhas), ‘você nunca separam casais, você nunca se metem com homem casado’, e essa aí todas as três, somos três menina né, nunca aconteceu, nunca, nós nunca tivemos relação nenhuma com homem casado.” (P 2)

Por outro lado, a participante 5 destacou como o preconceito era uma característica marcante entre os membros de sua família:

“Outro problema, que a minha mãe se matriculou na faculdade comigo e pensa uma pessoa problemática, [...] a minha mãe na minha cola, e a minha mãe me fazendo passar vergonha, coisas do tipo, fazer um comentário na frente da turma inteira, que preferia ter uma filha lésbica do que uma filha casada com negro, já eu não tenho nenhum tipo de preconceito, diferente da minha família que é bem preconceituosa.” (P 5)

Para além do preconceito vivenciado no contexto familiar, a participante 5, assim como as participantes 6 e 11, revelaram situações que sugerem a convivência com uma *família abusiva*. A participante 11 relatou que sempre foi responsável pelo cuidado dos pais, mas que isso, por vezes, a sobrecarregava:

“Eu fui muito carregada de muitas coisas, aí eu não tinha tempo, assim, pra mim pensar, pra mim relaxar [...] era que eu tinha assim, era muita assim, muita responsabilidade, entendeu? Era muita responsabilidade, botavam tudo nas minhas costas, era tudo eu, era tudo eu.” (P 11)

A participante 5 ressaltou o quanto era cobrada e julgada pela família:

“Então eu vejo assim que exige-se demais de mim, é, eu tenho que ser muito perfeita, e qualquer resvalo que eu dou sabe, crítica, julgamento, e assim, crítica e julgamento sem nenhum tipo de compaixão.” (P 5)

O sentimento de ser explorada, controlada e julgada pela família expõe um fator que pode estar associado com o papel historicamente atribuído à mulher na família e na sociedade, alguém a quem era exigido um comportamento de aceitação e passividade frente às atribuições e expectativas que recaem sobre si (Beauvoir, 2019b; Bourdieu, 2019; Figueiredo & Diniz, 2018). Embora atualmente haja um franco movimento de ruptura com tal realidade, ainda é muito presente, inclusive no contexto familiar, expectativas em relação ao papel a ser

desempenhado pela mulher (Benevides & Boris, 2020). Esse dado foi confirmado por Pacheco e Araldí (2020) no estudo que buscou compreender como se constituía a transmissão e manutenção transgeracional da perspectiva de gênero, as autoras identificaram a permanência da desigualdade de gênero no contexto familiar, com a transmissão de valores socialmente construídos em modelos patriarcais. Entretanto, as novas gerações têm buscado ressignificar os valores recebidos na busca de uma sociedade mais equitativa.

A segunda subcategoria trata especificamente das **relações amorosas** (2.2) perpassando as histórias dos relacionamentos afetivos, desilusões e frustrações na relação amorosa, separação e viuvez, relação positiva com o companheiro, casamento conflituoso e situações de violência e abuso. As 11 participantes contaram as diferentes *histórias dos relacionamentos afetivos* que tiveram no decorrer de suas trajetórias de vida:

“Aí no fim de semana nós se encontramos na rua, tava andando de bicicleta, daí eu convidei ele pra ir lá em casa jogar bola, ele foi, aí nisso a gente foi se apaixonando, daí eu tinha 15 anos, daí eu acabei ficando junto com ele [...] estamos juntos há 20 anos.” (P 3)

“Na verdade, a nossa história foi bem louca, eu e ele, aonde a gente se conheceu sabe, foi na rua, eu tava sentada sem ter pra onde ir, ele passou de moto e perguntou assim ‘que tá fazendo aí? não quer ir lá em casa’, de noite, pense, e eu aceitei.” (P 6)

Para seis participantes, as diferentes histórias na esfera afetiva contêm experiências de *desilusões e frustrações na relação amorosa*. A participante 2, ao relatar eventos importantes de sua vida, falou de uma desilusão amorosa que teve na adolescência e que, mesmo após 40 anos, ainda repercute em sua vida:

“Teve um período muito importante na minha vida, alguém que eu amei demais e que eu achava que ia voltar pra se casar comigo, então, isso ali foi muito importante [...] Eu devia ter uns 15 anos, aí ele prometeu um monte, e ele já tinha mais, ele tinha 24, aí eu tive uma decepção muito grande, porque de repente, do nada, veio um convite de casamento dele com uma outra pessoa, isso ali me quebrou [...] eu fiquei alimentando esperança, e até hoje eu... é a dor que não quer passar, mas... se é pra ser será né.” (P 2).

A participante 11 também descreveu frustrações e decepções na sua vida amorosa:

“Quando eu me ajuntei com o meu marido, meu primeiro marido, esse que faleceu, né, o primeiro que, pai dos meus filhos, eu me lembro tão bem assim oh, ali foi a minha primeira decepção [...] eu fui por trás dele assim, abracei ele eu disse pra ele 'eu quero viver contigo o resto da minha vida, até ficar velhinha', ele me respondeu: ‘meu casamento é um inferno’, me arrependi por ter dito aquilo, sabe, ali já me decepcionei.” (P 11)

As diferentes histórias relatadas pelas entrevistadas demonstraram a existência de relacionamentos afetivos que se iniciaram ainda na adolescência e que se consolidaram em relações duradouras e, por outro lado, relações que se estabeleceram e que se findaram repentinamente. As decepções e frustrações também marcaram a história de muitas das participantes o que corrobora com os dados do estudo de Moreira e Dutra (2013), que buscou compreender a experiência de sofrimento de mulheres em suas relações amorosas e identificou vivências de sofrimento decorrentes de rejeição e desvalorização no relacionamento afetivo. Tal sofrimento frequentemente foi acompanhado pelo sentimento de culpa, pelo medo da solidão, do abandono e pela percepção de não ter valor e não merecer amor. Soccol et al. (2018) acrescentam que as frustrações no relacionamento amoroso impactam diretamente nas escolhas, decisões e atitudes das mulheres que vivenciam tal experiência.

A história dos relacionamentos amorosos das participantes também foi marcada por *separação e viuvez*. Seis mulheres (1, 2, 6, 7, 9 e 10) passaram por separações de relacionamentos que tiveram em algum momento da vida. Já a viuvez foi vivenciada por quatro entrevistadas (2, 7, 8 e 11).

“Eu fui casada por 16 anos, aí não deu certo.” (P 1)

“Do primeiro casamento eu sou viúva, aí depois eu me casei de novo, aí eu me divorciei.” (P 2)

“Casei aqui, fiquei viúva aqui, casei de novo, fiquei viúva de novo.” (P 11)

Estas participantes relataram históricos de união, rompimentos e viuvez, outros estudos também identificaram dados semelhantes (Assis & Castro, 2010; Cugler & Figueiredo, 2021; Santos et al., 2019; Tassinari et al., 2018). A experiência da separação e/ou viuvez em diferentes momentos da vida impactou a trajetória dessas mulheres especificamente na esfera afetiva e relacional, uma vez que, frente a tais eventos, novas relações foram constituídas ou, uma nova, e para algumas, mais solitária, etapa de vida se estabeleceu.

Entre as participantes que estavam em um relacionamento estável, três afirmaram terem uma *relação positiva com o companheiro*, por outro lado, quatro participantes afirmaram viverem um *casamento conflituoso*. A participante 3 falou da parceria, do amor e do apoio existente em seu casamento:

“Passamo se apoiando um no outro, por isso que a gente se gosta tanto hoje, porque sempre um apoiou o outro, em vez de culpar ou, ou apontar o dedo, um apoiou o outro na, em qualquer situação que fosse, por isso que a gente se gosta tanto hoje.” (P 3)

Já as participantes 9 e 4 deram exemplos das situações de conflitos que vivenciavam em seus relacionamentos:

“Ele (companheiro) é ciumento, já tô até acostumada já, com ele em casa, arrotando comida, arrotando dentro de casa, também não dando a mínima pra mim, não conversa comigo, só quer saber de celular e vê filme, já tô bem acostumada, agora não tenho nem marido pra fazer (sexo), é lá uma vez por mês se ele me procura.” (P 9)

“Eu não tenho apoio dele (marido), é só mais xingamento mesmo.”(P 4)

Se, por um lado, algumas participantes encontravam no casamento uma fonte de apoio, amor e companheirismo, outras estavam em relacionamentos permeados por conflitos, falta de apoio e diferentes violências. Especificamente sobre *situações de violência e abuso* presentes nas relações amorosas, seis participantes relataram viverem ou terem vivido tal realidade: A participante 10 detalhou uma série de violências que estavam ocorrendo:

“Essa noite era três e pouco da manhã ele tava jogando faca na parede, [...] Eu apanhei muito, eu tenho a cabeça assim tudo cheia de bola dele me bater [...] Foi frequente, tem registro já ali na, nessa delegacia aí oh, ele me abriu a cabeça, foi pontos, tudo, nunca me chamaram Claudia pra resolver isso [...] é tudo maus trato né, é violência doméstica.” (P 10)

A participante 7 falou das violências que sofreu do ex companheiro e sugeriu que ele a prostituía:

“Teve agressão, bastante coisa aí. E abusos também, assim, meios fortes né [...] Assim como tratar a mulher como prostituta, essas coisas.” (P 7)

Já a participante 11 assinalou os padrões de repetição de violência em suas diferentes relações amorosas:

“Então quando a gente assim se separou [...] meu filho pegou em mim assim, vem assim botou a mão no meu rosto, ele disse: ‘agora a minha mãe não vai mais apanhar do meu pai’, eu digo: ‘não filho, agora a mãe não vai apanhar mais’ [...] Aí depois que ele (ex marido) foi embora tudo, fiquei dois anos sozinha, aí me ajuntei de novo com o pai dessa minha filha, apanhei de novo, sabe, apanhei de novo que nem cachorro também [...] eu apanhei, me separei, daí fiquei sozinha, me juntei de novo, sofri de novo, apanhei de novo, que até sangue de mim eles tiraram, os dois tiraram, até sangue eles tirar de mim, sabe, sangue de me bater em mim.” (P 11)

A participante falou, também, da ausência de apoio da mãe para que ela conseguisse sair da situação de violência que viveu no primeiro casamento:

“Porque quando eu me separei a minha mãe não, a minha mãe não me aceitou na casa dela assim né, quando eu quis me separar ela não me aceitou, ela disse que era pra mim aguentar mais um pouco, aí fui pra casa, aguentei, mas só que daí quanto mais eu apanhava, mais eu chorava, mais revoltada eu ficava.” (P 11)

As situações de violências na trajetória destas mulheres articulam-se com a falta de apoio recebido por elas. A ausência de apoio aumenta o risco da ocorrência da violência e diminui as possibilidades de a mulher conseguir sair de uma relação violenta e/ou abusiva (Caridade et al., 2015; Krenkel, 2021; Netto et al., 2017a; Netto et al., 2017b). Chama a atenção a aparente fragilidade da rede de assistência, seja pessoal ou institucional, destas participantes, uma vez que, como demonstrado no relato da participante 10, mesmo os serviços especializados não ofereceram o apoio e suporte necessários.

No que se refere especificamente à relação entre violência e o uso do álcool, diferentes estudos têm demonstrado uma associação entre o abuso da substância e situações de violências nas trajetórias familiares (Deus, 2012; Cugler & Figueiredo, 2021; Marangoni & Oliveira, 2013; Martins & Nascimento, 2017; Shahram et al., 2017; Souza et al., 2016), estando a mulher que faz o uso abusivo do álcool mais propensa a estabelecer relacionamentos conjugais conflituosos e disfuncionais (Guimarães, 2009a). Sobre este fato, o estudo de Veloso e Monteiro (2019), que teve como objetivo analisar o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo, verificou uma correlação entre o uso do álcool pela mulher e a ocorrência da violência. Entretanto, é preciso cuidado para que não recaia sobre a mulher a culpa, que é única e exclusiva do autor da violência.

Após a descrição e análise dos relacionamentos amorosos, a terceira subcategoria apresenta o **relacionamento familiar** (2.3) com outros membros da família como pais, irmãos, família estendida e aborda também os conflitos familiares, o relacionamento com os filhos, a experiência da maternidade e sobre ser avó. Oito participantes falaram sobre o *relacionamento com os pais* trazendo aspectos positivos e negativos dessas relações. Assim como verificado na pesquisa de Benites e Barbarini (2009), entre as participantes deste estudo, a relação com o pai foi retratada por elas com maior proximidade e amor, enquanto com a mãe com maior distanciamento:

“Com a minha mãe não era muito boa não, nós não... não tinha uma relação muito boa, agora eu com meu pai, meu Deus do céu, eu amo meu pai, nossa, eu vou pra lá só pra ver ele.” (P 3)

“Ele me criou com todo amor e carinho e, e, ele era o meu pai, ele me cuidou com muito amor e carinho mesmo [...] da minha mãe já não tenho recordações muito boas” (P 1)

As participantes falaram também como eram os *relacionamentos com os irmãos*. Todas tinham irmãos e quatro delas (1, 6, 9, 10) descreveram um relacionamento mais distantes com eles:



“Com a minha outra irmã, que é de sangue mesmo [...] tipo eu só mando mensagem 'como que tá as crianças? como é que tá a mãe?', ela só responde 'tá bem', e a gente não tem muito contato.” (P 6)

As demais participantes (2, 3, 4, 5, 7, 8, 11) destacaram a presença de vínculos fraternos fortes:

“Eu tenho um irmão que é uma benção, ele se preocupa muito, ele sempre tá, tá indo lá na minha casa, tá direto comigo, entende.” (P 7)

As dinâmicas dos vínculos familiares referidos pelas participantes com pais e irmãos correspondem ao modo que se caracteriza as relações no âmbito familiar, por vezes marcadas pelo distanciamento e conflitos e em outras situações pela proximidade e afetividade, variando também ao longo do ciclo vital familiar (Carter & McGoldrick, 1995; Cardoso et al., 2020; Cerveny & Berthoud, 2009; Costa, Costa et al., 2018; Ebling et al., 2020; Koller et al., 2020). Velho (1997) salienta que é no contexto familiar que se estabelecem as relações e os dramas psicológicos e sociais mais intensos, é onde a vida ganha sentido e significado.

Especialmente no contexto que envolve o abuso do álcool, outros estudos identificaram uma associação entre dinâmica relacional familiar disfuncional e o uso abusivo do álcool (Cugler & Figueiredo, 2021; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al., 2018; Soccol et al., 2018; Shahram et al., 2017). Sendo assim, considerar a dinâmica das relações familiares possibilita uma maior e melhor compreensão do fenômeno (Schenker, 2008), isso porque a dinâmica de relacionamento familiar é um elemento fundamental, seja como fator de proteção ou de risco para o consumo abusivo do álcool (Borges et al., 2017; Borges & Schneider, 2021; Kuntsche et al., 2011; Lima et al., 2018; Takahara et al., 2017), e como auxílio no processo do cuidado (Araújo & Corradi-Webster, 2019; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al., 2018).

Além do relacionamento com a família nuclear com pais e irmãos, as *relações com a família estendida* também foram citadas. Cinco participantes destacaram a presença de relações positivas com tia, sobrinhos, nora, sogra, cunhados e primos. Exemplos da proximidade dos vínculos com esses membros são expostos nos relatos das participantes 1 e 8:

“Eu só tenho uma tia que mora em Videira, que é como se fosse uma mãe minha.” (P 1)

“A gente é prima mas a gente começa a falar, a gente fica uma hora no celular, a gente conversa, é como uma irmã assim.” (P 8)

Se por um lado cinco participantes ressaltaram as relações positivas com pessoas que compõem a família estendida, sete participantes revelaram a presença de diferentes *conflitos familiares*, tanto na família nuclear como na estendida:

“Meus pais brigavam muito quando eu era pequena, não meu pai, meu pai sempre foi muito pacífico, mas minha mãe brigava muito com ele e isso me deixava muito triste.” (P 1)

“Daí também tem a briga da família agora por causa da herança, que a minha mãe faleceu.” (P 3)

“Aí a gente veio morar aqui no bairro, aí aonde começou as treta, aí aonde começou, sabe, aí era a irmã (do marido) dando palpite [...] eles (cunhados) dão muito palpite, muito palpite, eles são em 12 (irmãos) dando palpite.” (P 4)

A presença de conflitos familiares também foi um fator identificado na trajetória das participantes do estudo de Soccol et al. (2018) que visou compreender os motivos atribuídos por mulheres acompanhadas em CAPSad para o abuso de substâncias psicoativas. Assim como verificado no presente estudo, assinala-se que as relações familiares, sejam elas positivas ou negativas, compõem a história e a constituição dos sujeitos (Cardoso et al., 2020), em um processo de trocas envolvendo os membros da família conectados pela história biológica, social, cultural e emocional que compartilham (McGoldrick et al., 2012; Silva, 2016). Os sistemas familiares das participantes deste estudo apresentavam dinâmicas relacionais distintas e as implicações de tais relações foram se inscrevendo de diferentes formas em suas trajetórias individuais.

Um aspecto relacional significativo na trajetória das participantes deste estudo foi o *relacionamento com filhos*, destacado no relato das 10 mulheres que eram mães. As participantes 5, 7, 9, 10 e 11 falaram sobre o distanciamento ou mesmo a perda do vínculo com os filhos. A participante 10 contou que teve o primeiro filho na adolescência e que foi a avó quem o filho sempre considerou como mãe:

“É que quando eu tive ele (filho) era bem novinha, né, tinha 15 anos quando eu ganhei ele, e aí morava com ela (mãe) [...] aí ela sempre foi a mãe dele e eu a "Tônica" que ele não conseguia chamar Verônica, e ficou, ele tá com 34, ele me chama de Tônica até hoje, nunca me chamou de mãe.” (P 10)

Já a participante 5 relatou que teve a filha na adolescência e que sua mãe tentou lhe tirar a guarda da filha:

“A minha mãe tentou pegar a minha filha de mim sabe, eu fui mãe muito cedo e a minha mãe meio que tentou tomar a minha filha de mim.” (P 5)

Por outro lado, a participante 9 contou que entregou seus filhos para outras famílias quando ainda eram pequenos porque não tinha condições de cuidá-los:

“Porque eu dei eles (filhos), né quando eram criança, eu fiquei com eles só até 3 anos, quando eles fizeram três anos, eu não tinha dinheiro pra comprar um chinelinho, e eu bebia [...]

daí fui lá no bar e tomei um gole, eu gosto de pinga, e o menininho tava andando, eu com o menininho (filho), aí a mulher disse assim pra mim: ‘tu não quer dá, doar essas crianças pra uma boa família? tu não tem condição de cuidar dessas crianças do jeito que tu bebe e também não pode cuidar do menino’, aí pensei, disse ‘ah, se for pra uma boa pessoa, pra não judiar dos meus filhos, até eu dou.’ (P 9)

A participante contou ainda que outro filho foi morar com o tio quando tinha cinco anos, momento em que ele expressou seu descontentamento pelos namoros que a mãe mantinha:

“O outro filho, meu irmão levou quando ele tinha 5 anos [...] ele me disse ‘vou morar com meu tio, ahh, também a mãe fica namorando com os esses pé de chinelo aí, só pra cara da mãe mesmo’.” (P 11)

Segundo a participante, ela manteve pouco ou nenhum contato com os filhos, realidade que se mantém atualmente:

“Eles não vão muito com a minha cara, não vão na minha casa, não vão fazer visita pra mim, nada.” (P 11)

A perda dos filhos, especialmente em função do uso do álcool, foi um fato investigado por Menandro et al. (2019) em estudo que teve como objetivo analisar como mulheres que acessaram o CAPSad III em situação de perda ou iminência de perda da guarda dos filhos se referiam ao processo de cuidar de suas crianças e a perda da guarda das mesmas. Os resultados indicaram que das 480 mulheres atendidas no referido CAPSad entre os anos de 2013 e 2014, 41 usuárias haviam perdido ou estavam sob ameaça da perda da guarda dos filhos, muitas vezes para pessoas da própria família, fatos que convergem com os verificados no presente estudo. Os resultados aqui identificados demonstraram que, embora estas mulheres não tivessem perdido legalmente a guarda dos filhos, haviam entregue-os, se distanciando e/ou perdido o contato com eles.

Entre as participantes que mantinham contato e vínculo com os filhos, algumas explicitaram o apoio que deles recebem:

“O meu filho, ele não fala, ele não diz mãe tu tá errada, mãe tu tá certa, mãe isso, mãe aquilo, só que quando eu preciso é ele que me acolhe.” (P 2)

“Porque ela (filha) sempre tá conversando comigo, ela não, tipo, ela não, não me ataca, sabe, quando ela vem conversar comigo.” (P 4)

Algumas participantes falaram também sobre as dificuldades no relacionamento com os filhos, um exemplo foi a participante 11 que narrou, inclusive, episódios de agressão por parte dos filhos:

“Depois que ele (marido) morreu eu não tive mais cuidado de ninguém, meus filhos começaram a me maltratar, principalmente esse que mora comigo né, ele usa droga né, aí eu já não tinha mais apoio de ninguém, eu me vi sozinha [...] os dois (filhos) já me fizeram sofrer muito já, esse que mora comigo e a minha filha que tá com o namorado, eles já me agrediram, ela já tentou me agredir, então assim eles já me disseram muito palavrão que me machucaram já assim sabe.” (P 11)

A relação das participantes deste estudo com seus filhos apresentou características diversas, algumas com relações de afeto e apoio e outras marcadas por conflitos envolvendo a díade mãe e filho, fato que corresponde às características do relacionamento familiar (Cervený & Berthoud, 2009). Entretanto, enquanto relações familiares conflituosas e agressivas repercutem negativamente entre seus membros e em todo o sistema familiar (Costa, Costa et al., 2018; Koller et al., 2020; Silva, Oro et al., 2021), relações próximas, de apoio e suporte, caracterizam-se como promotoras de saúde e de bem-estar (Krenkel, 2018; Sluzki, 1997; Macedo et al., 2018; Moré & Crepaldi, 2012; Nardi et al., 2017).

Apesar de algumas participantes terem compartilhado a presença de conflitos na relação com os filhos, oito participantes avaliaram *a experiência da maternidade* positivamente:

“Quando eu me tornei mãe foi uma gratidão muito grande, até porque ela é um amor de criatura, uma criança, ela foi uma criança maravilhosa, ela é uma mulher maravilhosa agora.” (P 1)

Quatro participantes falaram ainda *sobre ser avó*, as participantes 1 e 7 expressaram o desejo de ser avó, enquanto as participantes 8 e 11 contaram sobre suas experiências com os netos:

“Eu vou adorar ser avó, quero mimar tanto aquelas crianças.” (P 1)

“Agora eu tenho uma netinha de 4 meses que é uma coisa mais fofa, primeira neta né [...] eu sempre imaginei, sempre desejei (netos).” (P 8)

Em relação à vivência da maternidade, destaca-se o fato de que, a despeito de todas as dificuldades, oito participantes atribuíram um significado bastante positivo a esta experiência. Com exceção da participante 9, para as demais mulheres, o tornar-se mãe foi anterior aos problemas com o uso abusivo do álcool, condição que, por vezes, pode dificultar o materno. Nesse sentido, a pesquisa de Melo e Corradi-Webster (2016), que teve como objetivo descrever os sentidos construídos em relação à maternagem de mulheres acompanhadas em um CAPSad, identificou que o uso de drogas pode interferir na maternagem, por vezes trazendo prejuízos para o relacionamento com os filhos e, mesmo, comprometendo os cuidados deste. Por outro

lado, as participantes da pesquisa também compreendiam a maternidade como uma escolha da mulher e como oportunidade para a ressignificação de sentidos de suas histórias.

No presente estudo, os relatos das participantes sobre a maternidade e o desejo de ser avó, revelaram a potência e valorização para estas mulheres da experiência familiar como mães e avós. Sobre esse fato, Beauvoir (2019b) chamava a atenção para o entendimento histórico de que a realização da mulher enquanto sujeito dependia da maternidade. Entretanto, sabe-se que a maternidade não se refere a uma determinação biológica, a uma vocação natural da mulher, mas sim a uma escolha pessoal. Ainda que, conforme verificado no estudo de Benevides e Boris (2020), apesar de todos os avanços, permaneça a crença em uma suposta essência e vocação feminina que perpassa a história de vida de muitas mulheres. No presente estudo, as participantes demonstraram uma escolha e/ou um desejo genuíno pelo exercício da maternidade e da avosidade, reforçando a importância de tal experiência para suas trajetórias pessoais e seus sentimentos de realização e pertencimento.

A última subcategoria relacionada à família e relações amorosas trata do **apoio e suporte familiar** (2.4) e evidencia fragilidades como o abandono, rejeição, falta de apoio, perda de confiança, discriminação, controle e vigilância da família. Por outro lado, demonstra casos em que a família é unida e oferece apoio e suporte e também o cuidado e ajuda prestados pelas participantes aos seus familiares.

O *abandono, rejeição e falta de apoio da família* foi uma realidade que sete participantes relataram viver, ainda que tal situação referia-se apenas a alguns membros da família. Um exemplo foi a participante 5, que atribuiu ao pai e a mãe ações de rejeição e falta de apoio com as quais sempre conviveu:

“Nunca tive apoio da mãe, sempre me colocando a culpa em mim.” (P 5)

Já em relação ao pai, a participante afirmou que por mais que ela tentasse corresponder às expectativas paternas, ele nunca reconheceu suas conquistas e a desqualificava enquanto profissional:

“Uma vez eu tava contente, que eu tava fazendo uns trabalhos de correspondente jurídico [...] eu tinha audiência todos os dias, sabe, e eu: 'olha pai, eu posso me considerar uma advogada bem sucedida, tenho audiência todo dia', ele: 'só vai se considerar uma advogada bem sucedida o dia que fizer um tribunal do júri', fiz o tal tribunal do júri, fiz 20 tribunais do júri, tu acha que ficou satisfeito? não ficou, foi lá vê, não gostou do que eu falei, não concordou com o que eu falei no tribunal, assim sabe, me esculachou.” (P 5)

A participante 6 relatou que enquanto conseguia ajudar financeiramente a família, era bem recebida e acolhida, depois, foi rejeitada:

“Enquanto eu tava ali pra ajudar, eu era menina boa, menina, a filha mais querida do mundo, depois que eu não tinha mais pra ajudar, que eu precisei de ajuda, eles me negaram [...] ninguém me ajuda, mandei a merda na verdade, nem pra dar uma palavra de conforto.” (P 6)

Para a participante 11, depois que o companheiro faleceu perdeu o apoio e cuidado que recebia e passou a sofrer maus tratos dos filhos:

“Depois que ele (companheiro) morreu eu não tive mais cuidado de ninguém, meus filhos começaram a me maltratar, principalmente esse que mora comigo né.” (P 11)

Já para a participante 10, a dificuldade estava em conviver com um companheiro que não lhe oferecia nenhum apoio:

“Porque eu tô debilitada psicologicamente e uma pessoa dentro de casa é meu inimigo né, é difícil pra mim, eu deveria ter um apoio né, incentivo e não, é só enchida de saco, é só me xingando.” (P 10)

Diferente do papel reiteradamente atribuído à família como fonte de apoio e suporte social (Souza et al., 2019), para estas participantes a família constituía-se como gênese de dores e sofrimentos. Destaca-se especialmente a falta de apoio citada por elas e os prejuízos que daí podem decorrer, uma vez que o apoio oferecido é protetivo para a saúde (Meneses, 2014; Sluzki, 1997). Os fatos aqui verificados correspondem com os achados de outros estudos que demonstraram que no contexto familiar pode haver a ausência do apoio à mulher, isso porque, frequentemente, a mulher é concebida como alguém que cuida e apoia os familiares e não necessariamente ocorre o inverso (Lima et al., 2010; Pierry et al., 2021; Sanches et al., 2018).

Associada ao abandono e rejeição da família, nove participantes revelaram ter havido a *perda de confiança, discriminação, controle e vigilância da família*, que era expressada, principalmente, em relação ao uso do álcool. Os relatos a seguir exemplificam os diferentes contextos e situações que tal realidade se manifestava:

“Porque eles (filhos) tavam com vergonha de sair comigo bêbada né, eles falavam ‘a mãe só faz fiasquera’.” (P 8)

“Já deixaram de sair comigo porque eu bebo, minhas próprias irmãs, uma irmã minha, já fui discriminada já.” (P 11)

“No caso o meu esposo, a minha filha, perderam a minha confiança, perderam a, a.. né, assim, ‘não confio nela’, tanto é que se for pra deixar um dinheiro pra comprar alguma coisa no mercado, ele (companheiro) não deixa comigo, ele deixa com minha filha, porque ele tem medo que eu vá no mercado e compre álcool.” (P 4)

Já a participante 5 expôs que sua filha queria tomar decisões em seu lugar e temia que ela tentasse tirar sua autonomia:

“Ela (filha) decidiu que eu não podia mais beber, ela queria virar meu vinho no ralo, mas assim, não é uma decisão dela, tem que ser minha, então é isso, querer tomar as decisões por mim, ela, se ela achar por bem me interditar, vai querer me interditar, pegar meu dinheiro e administrar o meu dinheiro do jeito que ela achar melhor, então por isso que eu não confio nela.” (P 5)

Os fatos narrados pelas participantes em relação à perda de confiança, discriminação, controle e vigilância da família, especialmente em função do uso do álcool, corroboram com os resultados de outros estudos que também identificaram a presença de tais atitudes entre familiares (Borges & Schneider, 2020; Ebling et al., 2020; Macedo et al., 2018; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al, 2018). Por vezes, essa postura da família decorre do estresse e da sobrecarga gerados pela convivência com alguém que faz o uso abusivo do álcool, dado que foi verificado por Guimarães et al. (2019) em estudo com familiares de alcoolistas, os participantes relataram que diante dos conflitos constantes em função do uso do álcool, tornava-se difícil manter uma relação afetuosa e por vezes o recurso utilizado pela família era distanciar-se do familiar alcoolista.

Se, por um lado, foi exposto a falta de apoio e confiança de alguns familiares, por outro, evidenciou-se uma dinâmica relacional mais positiva, com maior proximidade e apoio entre os vínculos familiares. Cinco participantes afirmaram que sua *família é unida e lhe oferece apoio e suporte* e cinco contaram que também *cuidam e ajudam pais e outros familiares*. A participante 2 deu exemplos de sua dedicação à família:

“Eu... pude, pude, podia ajudar os meus pais, e o pouco, desde garotinha eu ajudava, né, e eu queria mais, aí quando a gente veio pra cidade, que a gente morava no interior né, veio pra cidade, que daí eu podia dar o melhor, meu, eu trabalhava, tinha dois emprego, eu trabalhava dia e noite, aí, pra ajudar o meu pai [...] eu cuidei da minha mãe, que ela era muito doente, e eu anulei a minha vida pra cuidar dela.” (P 2)

Já a participante 8 demonstrou a união da família e o apoio que recebe desta:

“Por isso que eu digo, nossa família, graças à Deus é muito unida assim sabe [...] eles me ajudam demais, no financeiro, com palavras, com ajuda, com tudo.” (P 8)

A função de apoio e ajuda que estas participantes afirmaram receber da família também foi identificada entre os participantes do estudo de Ruiz et al. (2021) sobre o funcionamento e resiliência familiar entre familiares de usuários de um CAPSad, onde verificou-se um predomínio da mobilização da família para oferecer apoio e suporte social. A presença de tal apoio é crucial no processo do cuidado e tratamento (Sanches et al., 2018; Tucci & Oliveira, 2019) e especialmente entre as mulheres que fazem o uso abusivo do álcool, contar com o apoio

familiar e social reduz as complicações advindas do uso abusivo do álcool e favorece o processo do cuidado (Ebling et al., 2020; Souza et al., 2019). Entre as participantes deste estudo houve realidades distintas em relação ao apoio recebido, fato que será melhor elucidado na próxima categoria.

### 6.1.3 Rede Social Significativa

Esta categoria aprofunda os elementos relacionais nas histórias de vida das participantes, apresentando as características das redes sociais significativas e dos vínculos que a compõem, composição e funções dos vínculos da rede.

Quadro 5 – Rede Social Significativa

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
<b>3. Rede Social Significativa</b>	3.1 Características da rede e dos vínculos	Limitação ou ausência de vínculos na rede	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11
		Contatos com pessoas significativas por meio da tecnologia	1, 3, 5, 6, 8
		Atributos dos vínculos	3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11
	3.2 Composição da rede	Família	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Profissionais do CAPSad	1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11
		Usuários do CAPSad	1, 2, 3, 5, 7
		Amizades	1, 3, 5, 8, 10
		Relações Comunitárias	8, 9, 11
		Trabalho ou estudo	2
	3.3 Funções dos vínculos da rede	Apoio emocional	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11
		Ajuda material e de serviços	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Guia cognitivo e conselhos	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10
		Companhia social	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9
		Regulação social	2, 4, 8, 10

Fonte: desenvolvido pela autora

A primeira subcategoria elucida propriedades em relação às **características da rede e dos vínculos** (3.1), abrangendo os aspectos concernentes à limitação ou ausência de vínculos na rede, o contato com as pessoas significativas por meio da tecnologia e especifica os



principais atributos dos vínculos. Em relação à *limitação ou ausência de vínculos na rede*, dez participantes assinalaram a restrição de vínculos em sua rede, o que implicava na falta de apoio e suporte recebido. As participantes 1 e 6 exemplificaram essa ausência de membros em suas redes nas mais diversas esferas:

“Amizade eu não tenho, relações comunitárias não, relações com sistemas de saúde não, relações de trabalho e estudo também não.” (P 1)

“Porque na verdade eu não tenho ninguém agora, assim né, que eu possa contar.” (P 6)

A fragilidade e limitações de vínculos nas redes sociais apresentadas nas histórias destas participantes corroboram com dados de outras pesquisas que também identificaram restrições e fragilidade de vínculos nas redes sociais de mulheres que fazem uso abusivo do álcool (Amodeo et al., 2007; Litt et al., 2015; Macedo et al., 2018; Silva & Lyra, 2015). Considerando que a rede social é fator preponderante nos processos de prevenção, promoção e atenção à saúde (Christakis & Fowler, 2008; O’Sullivan et al., 2021; Gaino et al., 2019; Kahle et al., 2019; Silva, Strobbe et al., 2021; Souza, 2010), os achados deste estudo alertam para a necessidade da criação e fortalecimento de vínculos, inclusive enquanto estratégia de cuidado no próprio CAPSad.

As redes sociais são importantes aliadas nos processos de cuidado e atenção à saúde das pessoas que fazem o uso abusivo do álcool (Kahle et al., 2019; Litt et al., 2015; Litt et al., 2016; Macedo et al., 2018; Wagner & Baldwin, 2020). Especificamente em relação às mulheres, o estudo de Souza et al. (2019) identificou que a presença de vínculos e de uma rede social de apoio é fator protetivo para o uso abusivo do álcool. Entretanto, Tracy et al. (2016), em estudo que teve como objetivo examinar o impacto da rede social no uso de substâncias por mulheres, concluíram que se a rede social for composta por membros que fazem o uso de drogas, tal rede pode atuar mais como fator de risco do que como fator de proteção para o uso, fato também verificado por McCutcheon et al. (2016).

Considerando que as características das redes sociais variam e o fato de que a depender de sua composição e da dinâmica relacional entre os vínculos a rede pode impactar de formas distintas na vida das pessoas (França et al., 2018; Heredia et al., 2017; Seibel et al., 2017; Tracy et al., 2016), é importante atentar-se não apenas para a necessidade da construção e fortalecimento das redes sociais, mas também para a dinâmica relacional e de funcionamento destas. Gaino et al. (2019) acrescentam que se a ausência de apoio social se relaciona com diferentes problemas de saúde mental é fundamental a implementação de estratégias de promoção da saúde que visem o fortalecimento e a ampliação dos vínculos sociais, considerando não apenas a presença da rede, mas a qualidade destas relações.

Se, por um lado, foi mencionada a limitação ou ausência de vínculos na rede entre as participantes deste estudo, por outro, foi destacado o papel da tecnologia para reduzir o isolamento e propiciar conexões e contatos sociais. Cinco participantes referiram que mantinham *contatos com pessoas significativas por meio da tecnologia*. A participante 5 afirmou que falava com o marido e com os pais todos os dias por telefone e considerava esse recurso imprescindível para minimizar sua solidão:

“Eu converso com eles todos os dias, eles já devem até ter estranhado porque eu ainda não liguei nem pra minha mãe, nem pro meu pai hoje, mas eu todo dia de manhã, o meu marido vai pro trabalho falando por telefone comigo, a gente acorda, toma o café da manhã juntos e ele vai pro trabalho falando comigo no telefone. Eu fico muito sozinha então o telefone é o meu amigo, aí desligo pro meu marido, eu ligo pra minha mãe, desligo pra minha mãe e ligo e falo com meu pai, todo dia de manhã.” (P 5)

O uso das tecnologias como recurso para o estabelecimento de contatos sociais é fenômeno crescente e atual, representando um importante dispositivo para a criação, fortalecimento e manutenção de vínculos sociais. Isso porque as tecnologias podem viabilizar oportunidades de conexão social contribuindo para a diminuição do isolamento social e da solidão (Neves et al., 2019). Ferramentas como as redes sociais e os aplicativos de mensagens acessadas pelo *smartphone*, podem propiciar a ampliação das redes de apoio social comunitárias (Guedes et al., 2017).

A utilização de mensagens e de ligações como forma de conexão se intensificou no contexto da pandemia da COVID-19, frente à necessidade do distanciamento social imposta pela situação pandêmica, os recursos tecnológicos ganharam destaque e se mostraram de fundamental importância para o contato entre familiares e outras pessoas significativas (Gong et al., 2021), realidade que deve permanecer mesmo no pós-pandemia, viabilizando contatos e aproximações principalmente com pessoas que estão geograficamente mais distantes. Sluzki (1997) destaca que nos casos em que os membros da rede social significativa estejam distantes geograficamente, torna-se ainda mais importante o contato frequente para a manutenção da intensidade dos vínculos, nesse sentido, o uso das tecnologias representa um importante auxílio.

Em relação aos *atributos dos vínculos* da rede, sete participantes (3, 4, 5, 6, 8, 10, 11) enfatizaram o grau de intimidade com os membros, seja para demarcar o alto compromisso e intensidade do vínculo ou para demonstrar um grau de distanciamento (Sluzki, 1997).

A participante 8 afirmou que as pessoas que compõem sua rede social são aquelas realmente próximas e que lhe oferecem alguma ajuda:

“Eu coloquei aquelas pessoas que como diz, se for pra gente contar na ponta do dedo você enche, mas é aqueles que tão próximo, que te dão conselho, que nem tudo se resume no financeiro, mas aquela pessoa que vem e te dá aquele momento de conforto né.” (P 8)

Já a participante 5 explicou porque inseriu da filha em um ponto mais distante no mapa, demonstrando certo distanciamento:

“Ela oscila, ela tem umas oscilações de humor, ela é meio bipolar sabe, então ela oscila muito, daí essas oscilações, oscila ela também, se não ela estaria aqui (mais perto no mapa), se fosse a filha boazinha ia tá aqui (perto), mas sendo a filha malvada é aqui, mais distante” (P 5)

Outro atributo enfatizado pelas participantes foi a reciprocidade do vínculo, ou seja, cinco delas (3, 5, 7, 8, 11) afirmaram que desempenhavam a mesma função ou função semelhante àquela que um determinado membro desempenha em sua vida (Sluzki, 1997). A participante 3 falou da relação de reciprocidade que estabeleceu com um usuário do CAPSad, membro de sua rede:

“Ele me conta tudo, ele me conta tudo e eu conto tudo pra ele.” (P 3)

A participante 11 relatou que recebia ajuda dos vizinhos que compõem sua rede social significativa e que também os ajudava quando necessário:

“Já precisaram de mim, também já ajudei, eu preciso deles, eles me ajudam.” (P 11)

Os atributos dos vínculos expressados pelas participantes em relação à intensidade e o grau de intimidade com os membros, demonstraram as diferentes percepções acerca dos vínculos e do compromisso de tais relações, o que corresponde a dados já identificados em outras pesquisas (Gaino et al., 2019; Pizzinato et al., 2018; Tracy et al., 2016). De fato, as redes se configuram com diferentes níveis de proximidade entre os membros, sinalizando que embora haja pessoas significativas com quem a participante possa contar, não significa que elas se sintam genuinamente próximas afetivamente de todas que compõem sua rede.

No que se refere à reciprocidade do vínculo, as cinco participantes manifestaram aquilo que Sluzki (1997) descreveu como o intercâmbio de funções entre os membros da rede. Tais elementos indicam a dinamicidade das redes, nesse sentido, corrobora com o fato de que a rede se constitui e funciona a partir do sentido e das diferentes mobilizações impulsionadas por uma demanda (Meneses, 2014). Não sendo possível, portanto, estabelecer padrões definitivos de constituição e de funcionamento das redes.

A segunda subcategoria apresenta a **composição da rede** (3.2), sendo esta distribuída por relações com a família, profissionais do CAPSad, usuários do CAPSad, amizades, relações comunitárias e no contexto de trabalho e estudo. Todas as participantes inseriram membros da

sua *família* no mapa de rede, para as participantes 4 e 6 os familiares foram os únicos membros presentes.

Exceto a participante 9 que inseriu como primeiro membro do mapa uma vizinha, as demais iniciaram a construção do mapa por um familiar. A participante 7 começou a construção do mapa fazendo uma síntese dos familiares que compunham sua rede:

“Os meus três filhos né, minha irmã, meu irmão, meu outro irmão.” (P 7)

Além de familiares, oito participantes inseriram *profissionais do CAPSad* em sua rede, revelando a importância do vínculo com esses profissionais que ocupam um lugar de destaque na rede da maioria das participantes. As entrevistadas 10 e 3 ressaltaram o vínculo estabelecido com os diferentes profissionais do serviço:

“Tem a Mirela (T. O.) né que, nossa, a Mirela é uma pessoa importante pra mim [...] tem o André, ele é da recepção, ele que me acolheu, ele é uma pessoa maravilhosa.” (P10)

“Profissionais do CAPS, eu vou colocar bem pertinho aqui de mim [...] Ah, tem uma pessoa que eu vou colocar, o guarda da noite, o seu Abel [...] nós conversamos muito com ele.” (P 3)

Além dos profissionais, os *usuários do CAPSad* também foram citados por cinco participantes como pessoas importantes de sua rede social. Esse fato demonstra que o CAPSad exerce uma função de ampliação e de acesso a novos contatos, conforme pode ser identificado na fala da participante 3 sobre seu vínculo com outra usuária do serviço:

“Nós se conhecemo aqui, somos próximas, ela participou um tempo junto comigo do grupo passo-a-passo, também é uma mulher muito batalhadora.” (P 3).

Já em relação à presença de *amizades* na rede social, cinco participantes inseriram amigos em seus mapas de rede. A participante 8 foi quem mais inseriu amigos (quatro) e falou com empolgação das amigas, demonstrando carinho e afeto por suas amizades:

“Aii a Alice, meu Deus a Alice, ai a Alice, eu vou colocar um vermelhinho que é a cor do coraçãozinho porque a Alice, meu Deus.” (P 8)

“A dona Luiza, maçãzinha, que eu chamo ela de maçãzinha por causa que ela canta na igreja, fica um coralzinho, fica com a maçã bem vermelhinha.” (P 8)

Três participantes inseriram no mapa membros que representavam *relações comunitárias*, em todos os casos tratava-se de vínculos com vizinhos que ofereciam diferentes tipos de apoio e suporte. A participante 11 expôs a boa relação que mantinha com as vizinhas:

“Eu tenho duas vizinha minha, duas vizinhas que são muito, duas não, três, são muito amorosas comigo, meu Deus.” (P 11).

Já as relações na esfera do *trabalho ou estudo* mostraram-se bastante limitadas, assim como já verificado nas pesquisas de Borges e Schneider (2017) e de Souza et al. (2006). No presente estudo, apenas a participante 8 inseriu membros no quadrante correspondente a relações de trabalho ou estudo, tratava-se na verdade de quatro ex-colegas de trabalho que ela ainda considerava pessoas significativas em sua vida. Embora já não tivesse tanto contato como tinha quando trabalhava com eles, seu relato indica que os vínculos se mantiveram:

“Tenho uma relação próxima com a dona Bete, que a gente se fala direto também.” (P 8)

Com vistas a possibilitar uma síntese geral da composição das redes sociais significativas das participantes, a Tabela 1 apresenta a descrição dos membros que as compõem. No tópico 6.2 serão apresentados os mapas individuais de forma detalhada.

Tabela 1 – Composição dos mapas de rede

<b>Partici- pante</b>	<b>Família</b>	<b>Profissionais CAPSad</b>	<b>Usuários CAPSad</b>	<b>Amizades</b>	<b>Relações Comunitárias</b>	<b>Trabalho e estudo</b>	<b>Total de membros</b>
P 1	3	5	2	2	-	-	12
P 2	6	3	3	-	-	-	12
P 3	4	2	2	2	-	-	10
P 4	4	-	-	-	-	-	4
P 5	5	1	3	-	-	-	9
P 6	2	-	-	-	-	-	2
P 7	9	2	1	-	-	-	12
P 8	18	-	-	4	4	4	30
P 9	1	2	-	-	2	-	5
P 10	3	3	-	1	-	-	7
P 11	5	1	-	-	3	-	9

Fonte: desenvolvida pela autora

A distribuição dos membros nas redes evidencia uma centralidade dos vínculos na família e no CAPSad o que pode deixá-las menos efetivas. Segundo Sluzki (1997), redes que se constituem de forma muito localizada perdem flexibilidade e eficiência, oferecendo menos opções de apoio do que aquelas dispostas de forma mais ampla. A centralidade da rede na família e no CAPSad verificada entre as participantes deste estudo converge com o resultado de outros estudos que também identificaram tal realidade (Borges & Schneider, 2017; Cavalcante, 2012; Souza, 2010; Souza et al., 2006).

Em contraponto aos achados do presente estudo, a pesquisa de Gaino et al. (2019) realizado com 141 mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que investigou

a relação entre a percepção de apoio social e sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos, apenas sete das participantes mencionaram profissionais da saúde como membros da sua rede de apoio, sendo esta constituída predominantemente por filhos, cônjuges e pais. A divergência em relação a presença de profissionais na rede pode ser explicada pelas características distintas dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da RAPS, redes que se constituem ainda de maneira fragmentada em que o CAPS por vezes perpetua uma lógica institucional de cuidado (Carvalho et al., 2017; Costa, Ronzani et al., 2018; Lima & Guimarães, 2019).

Entre as participantes deste estudo a rede social significativa era constituída tanto por vínculos considerados do sistema informal, representado pela família, como pelo sistema formal, representado pelos profissionais do CAPSad (Pizzinato et al., 2018). Entretanto, evidenciou-se uma fragilidade de vínculos, especialmente comunitários, os poucos vínculos mencionados referem-se aos vizinhos e foram firmados em função do local de moradia das participantes, tal fato sinaliza uma provável restrição de contatos com pessoas de outras esferas e contextos, o que pode inviabilizar a abertura para novos contatos e uma heterogeneidade da rede social.

Para a maioria das participantes a família constituiu-se como elemento basal da sua rede social significativa, dado já identificado em outros estudos (Gaino et al., 2019; Kahle et al., 2019; Seibel et al., 2017; Souza et al., 2019; Souza, 2010). A ausência de vínculos comunitários pode ajudar a explicar a centralidade dos vínculos na família, sobre isso Velho (1997, p. 73-74) esclarece que “a dependência entre os membros do grupo familiar tende a ficar maior à medida que se diluem e rareiam os contatos com outros parentes, vizinhos e com o enfraquecimento de laços de solidariedade mais diversificados.”

A limitação dos vínculos, especialmente comunitários, de amigos e de relações de trabalho ou estudo da maioria das participantes sugere uma possível condição de isolamento social dessas mulheres, queixa que foi recorrente em suas narrativas e que se concretizou na construção do mapa de rede. Tal isolamento também já foi verificado em outras pesquisas com mulheres que fazem o uso abusivo do álcool (Corradi-Webster, 2009; Esper et al., 2013; Lima et al., 2018; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015). Frente a esta realidade, é de suma importância o fortalecimento dos vínculos de suporte social uma vez que a presença de tais vínculos contribui para a redução dos problemas associados ao uso abusivo do álcool (Souza et al., 2019).

Tendo em vista a fragilidade de vínculos comunitários expressada pela maioria das participantes, a centralidade dos vínculos no CAPSad pode representar uma oportunidade para a ampliação e resgate de vínculos sociais destas mulheres. Esse foi um percurso identificado

por Pizzinato et al. (2018) no estudo que buscou analisar as articulações da rede de apoio e de diferentes funções do apoio social de usuários da Proteção Social Básica, os autores perceberam que na medida em que os vínculos dos usuários com os profissionais do serviço se fortaleceram, foi possível ampliar, resgatar e fortalecer outros vínculos comunitários. Especificamente no contexto do CAPSad, o estudo de Souza et al. (2006) demonstrou o senso de pertencimento dos usuários em relação ao serviço e o estabelecimento de vínculos com os profissionais e usuários do CAPSad como forma de resgate de vínculos anteriormente perdidos.

Os dados do presente estudo revelam que, além da família, os profissionais do CAPSad tiveram um lugar preponderante nos mapas de rede das participantes, assim como o vínculo com os próprios usuários foram considerados bastante significativos por algumas delas, reforçando a importância do serviço para a vida relacional destas mulheres. Nesse sentido, considerando a lógica do cuidado nos CAPS, o estabelecimento e fortalecimento de vínculos comunitários deve ser um dos eixos norteadores do processo de cuidado (Costa, Ronzani et al., 2018; Moura, 2016; Nicodemos & Silva, 2016; Santos & Yasui, 2016; Souza, 2010). Contudo, é importante ressaltar que, se por um lado o vínculo estabelecido no contexto do CAPSad é crucial para o processo do cuidado, por outro, ao se restringir os vínculos ao contexto do CAPSad, incorre-se no risco de, ao invés do processo terapêutico possibilitar a autonomia do usuário e a ampliação de seus vínculos comunitários, estabelecer relações de dependência com o serviço.

No que se refere especificamente às fragilidades das redes das participantes, a restrição ou limitação de vínculos de amizade entre a maioria delas sugere que este é um campo que precisa ser fortalecido. Da mesma forma, a ausência de vínculos referente ao contexto de trabalho e estudo corresponde à realidade vivenciada pela maioria das participantes, uma vez que elas se encontram fora do mercado de trabalho formal e de Instituições de Ensino. Desse modo, possibilitar o estabelecimento de vínculos advindos desses contextos requer que elas, primeiro, estejam inseridas nestes lugares.

Em relação ao tamanho das redes das participantes, elas variaram de dois membros a 30. Este resultado difere do encontrado por Gaino et al, (2019) que verificaram a presença de seis a nove pessoas na rede de apoio das participantes do estudo. Sluzki (1997) esclarece que as redes mais efetivas são as de tamanho médio, redes muito pequenas tendem a sobrecarregar os membros, por outro lado, redes muito extensas podem ser pouco efetivas pela suposição dos membros de que alguém já deve estar prestando o apoio necessário e assim a pessoa acabava ficando desassistida. No presente estudo, a participante que contava com 30 membros em sua rede demonstrou que tais vínculos eram essenciais para o sentido de sua existência e para suas

perspectivas de futuro. Por outro lado, a participante que inseriu dois membros, evidenciou um sentimento de frustração quanto aos vínculos estabelecidos em sua trajetória e um agravamento dos problemas relacionados ao abuso do álcool.

A última subcategoria relacionada à rede social significativa refere-se às **funções dos vínculos da rede** (3.3) desempenhadas pelos seus membros. Sluzki (1997) propôs a existência de seis principais funções, sendo elas: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

Com o intuito de oferecer uma visão integrada e detalhada das funções desempenhadas pelas redes, os dados foram sistematizados em duas tabelas. Na Tabela 2 é possível verificar como foram distribuídas as funções predominantes exercidas pelos membros da rede, ou seja, por mais que o mesmo membro exercia mais de uma função, foram identificadas aquelas exercidas de forma predominante, conforme explicitado por Sluzki (1997). As funções predominantes é que serão analisadas e discutidas em profundidade neste trabalho, contudo, visando oferecer uma visão geral de todas as funções desempenhadas (predominantes e secundárias) pelos membros, a Tabela 3 apresenta como se distribuíram a totalidade destas funções.

Tabela 2 – Descrição das funções predominantes dos vínculos da rede

P	Total Membros da Rede	Companhi a social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
1	12	2	3	1	-	6	-
2	12	-	3	5	1	3	-
3	10	2	5	3	-	-	-
4	4	1	2	-	1	-	-
5	9	1	5	1	-	2	-
6	2	-	-	1	-	1	-
7	12	5	3	2	-	2	-
8	30	6	13	3	1	7	-
9	5	1	-	-	-	5	-
10	7	-	1	2	1	3	-
11	9	-	8	-	-	1	-
	Total	18	43	18	4	30	

Fonte: desenvolvida pela autora



Tabela 3 – Descrição do total de funções desempenhadas pelos membros da rede

P	Total Membros da Rede	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
1	12	3	11	5	2	6	-
2	12	1	8	8	3	6	-
3	10	4	6	7	-	2	-
4	4	1	3	3	2	-	-
5	9	2	6	3	2	4	-
6	2	1	-	1	1	2	-
7	12	8	9	5	-	2	-
8	30	13	18	11	4	9	-
9	5	1	-	-	-	5	-
10	7	-	3	4	1	4	-
11	9	2	9	5	1	3	-
Total		36	73	52	16	43	

Fonte: desenvolvida pela autora

O *apoio emocional* foi a função mais desempenhada pelos membros das redes das participantes, tanto enquanto função predominante como na soma total das funções desempenhadas. Já a função acesso a novos contatos, que representa a abertura para novas conexões sociais (Sluzki, 1997), não foi mencionada por nenhuma das participantes como função efetivada por algum dos membros da rede. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Macedo et al. (2018) que também identificou entre as funções da rede de apoio dos participantes uma limitação na interação e estabelecimento de novas conexões sociais.

Especificamente em relação ao *apoio emocional*, nove participantes contavam com essa função em suas redes. O apoio emocional é definido como uma atitude empática e compreensiva, que oferece apoio, acolhimento e incentivo, frequentemente é uma função desempenhada por vínculos mais íntimos, como família e amigos próximos (Sluzki, 1997). Os relatos de algumas das participantes assinalaram esse apoio recebido, especialmente pela família:

“Minhas irmãs não me deixam pra baixo, elas sempre me levantam, sempre me dão uma palavra de apoio, sempre tão dizendo que eu sou maravilhosa, que eu sou assim importante na vida delas.” (P 11)

“Emocionalmente o meu pai me ajuda bastante.” (P 3)

“E principalmente o amor né delas (filhas) é, chegar, às minhas filhas não saem e não chegam sem dar um beijo, sem, quando chegam beijam, se for olhar ali é todo dia um bom dia, a mais velha não me chama de mãe, é ‘bom dia minha véia’, todo dia assim, aquele amor,

aquele, acordou, lembrou da mãe, acordou, ganho aquele abraço, isso é que faz o coraçãozinho da gente bater né, isso é muito bom, muito bom mesmo.” (P 8)

Os relatos das participantes expressam a importância do vínculo com essas pessoas significativas que oferecem o apoio emocional e a partir do qual elas sentem-se acolhidas e amadas. Esse apoio possibilita o sentimento de pertencimento, reconhecimento e a percepção de ser importante para alguém (Meneses, 2014). O apoio emocional é especialmente relevante frente ao distanciamento e isolamento frequente entre as pessoas que fazem uso abusivo do álcool (Amodeo et al., 2007; Litt et al., 2015; Macedo et al., 2018; Nardi et al., 2017; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015), isso porque a presença desses vínculos e do apoio oferecido pela rede permite que o sujeito sinta-se amado, valorizado e seguro (Lima et al., 2010).

A segunda função de maior destaque entre as funções predominantes foi a *ajuda material e de serviços*, nove participantes tinham membros que a exerciam enquanto função principal. A frequência elevada de tal função pode ser explicada pela presença marcante de profissionais do CAPSad nos mapas de rede, uma vez que a função de ajuda material e de serviços corresponde também à assistência especializada despendida pelos profissionais de saúde (Sluzki, 1997). Soma-se a isso o fato de que algumas das participantes estavam em situação de vulnerabilidade econômica e social e por consequência, necessitando de maior assistência de ordem material. Um exemplo são os relatos da participante 6, que afirmou necessitar da ajuda da sogra para comprar itens básicos, e da participante 9, que recebe ajuda das vizinhas para conseguir alimentos:

“Quando precisa de dinheiro pra passe ela (sogra) me dá [...] até absorvente ela compra para mim.” (P 6)

“Aquelas minha vizinha ali são boa pra mim [...] Minhas vizinhas me ajudam em tudo, me dão um pouco de arroz, um pouco de açúcar.” (P 9)

Já em relação ao auxílio prestado pelos profissionais do CAPSad, a participante 2 falou do apoio que recebe de um enfermeiro do serviço:

“Ele é bem prestativo, ele é muito prestativo, ele conversa, ele senta contigo.” (P 2)

Oito participantes também contavam com a função de *guia cognitivo e conselhos* em suas redes. O relato da participante 1 exemplifica o exercício desta função pela colega usuária do CAPSad enquanto que a participante 6 salientou que o companheiro lhe dava muitos conselhos:

“Ela (colega do CAPSad) me escuta, dá conselho, até por ser uma pessoa mais velha que eu, mais experiente né, ela me consola às vezes também, ela é muito querida.” (P 1)

“Ele (companheiro) me ajuda, tipo assim, me dando conselho, muitas vezes ele me dá bastante conselho sabe, com conselho ele me ajuda um monte, pede, me aconselha.”(P 6)

No que se refere à função de *companhia social*, caracterizada pelo acompanhamento na realização de alguma atividade, no compartilhamento da rotina diária ou simplesmente pelo estar juntos (Sluzki, 1997), sete participantes tinham em sua rede pelo menos um membro que exercia tal função. O relato da participante 4 demonstra o quanto sua filha mais nova compartilhava de sua rotina e buscava sempre lhe fazer companhia:

“De noite quando ela (filha mais nova) vai dormir, ela vai lá, reza comigo, de noitezinha quando a grandona (filha mais velha) vai pra escola, a mais nova diz ‘mãe, vamo tomar um banho’, ‘ah mãe, eu queria um cafezinho’, ou ela senta lá do meu lado do sofá pra assistir as coisinhas dela e fica junto comigo.” (P 4)

É interessante notar que, embora a função de companhia social esteja presente no mapa de sete das participantes, quatro delas (1, 5, 7, 9) relataram sentirem-se sozinhas, o que demonstra que contar com o desempenho dessa função pelos vínculos da sua rede não foi suficiente para romper com o sentimento de solidão. Tal fato converge com o exposto por Moreira e Calliu (2006) que defendem que a solidão envolve aspectos mais profundos, ou seja, mesmo havendo contatos e companhia social, não necessariamente há sentimentos de proximidade e comunicação emocional. Neste sentido, para algumas das participantes deste estudo parece ser necessário não só ampliar a companhia social, mas também aumentar a conexão afetiva entre os membros.

Em relação à função de *regulação social*, esta esteve presente no mapa de rede de quatro participantes, e refere-se às interações que demarcam responsabilidades, atuam para resolução de conflitos e para evitar desvios de comportamento (Sluzki, 1997). No caso destas quatro participantes, a regulação social exercida pelos membros era direcionada principalmente às questões relativas ao uso abusivo do álcool:

“Aí ela (irmã) sempre explica pra mim, como ela trabalha na área de saúde, aí ela fala os efeitos que tem no uso de álcool, aí ela fala, fala bastante, as vezes é pra puxar a orelha mesmo.” (P 4)

“Aí qualquer coisa ela (irmã) tá pronta pra ajudar e quando também, quando ela pra me dá bronca também ela me dá, aí eu digo ‘tá bom, eu aceito porque eu sei que tô errada’, porque como ela diz assim, ‘eu não venho aqui só pra passar a mão na tua cabeça, quando tu faz coisa errada, você escuta e fica bem quieta, porque você sabe que fez errado’, então a vida nem sempre é só escutar coisa boa tem que saber admitir quando tu faz errado, e isso é saber falar a verdade também, ela me ajuda muito, com certeza.” (P 8)

A presença da regulação social especialmente enquanto fator de controle e vigilância dos aspectos relacionados ao uso do álcool reforça os achados de outras pesquisas (Borges & Schneider, 2020; Ebling et al., 2020; Guimarães, et al., 2019; Macedo et al., 2018; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al., 2018). Porém, neste estudo, destaca-se que a função predominante de regulação social exercida pelos membros da rede das quatro participantes sempre esteve acompanhada de uma função auxiliar, indicando, portanto, uma multidimensionalidade do vínculo, não se restringindo à função de regulação e controle social, mas disponível também para outras funções, ainda que com menor intensidade.

As características e funções dos mapas de rede das participantes variaram, algumas demonstraram ter muitas pessoas significativas que contribuíam de diversas formas na sua trajetória de vida, como no caso da participante 8 que elencou ao todo 30 pessoas que exerciam diferentes funções, ou, por outro lado, a fragilidade e limitações dos vínculos da participante 6 que inseriu dois membros no seu mapa de rede e cujas funções eram restritas. Entre as funções predominantes desempenhadas pelos membros, a mais frequente foi o apoio emocional seguido pela ajuda material e de serviços, sendo recorrente a atribuição da família e dos profissionais do CAPSad como principais elementos no exercício de tais funções.

A busca pelo apoio emocional em equipes profissionais também foi identificada no estudo de Pizzinato et al. (2018) realizado na rede de Assistência Social, os resultados indicaram que mesmo quando os usuários acessavam o serviço em busca de ajuda material e de informações, a necessidade do apoio emocional também era expressada por eles. Especificamente no contexto do CAPSad, o estudo de Souza et al. (2006) identificou que o principal apoio recebido pelos usuários advinha do CAPSad, os demais vínculos por vezes se configuravam como de apoio e outras como vínculos estressores, assumindo características distintas a depender das situações vivenciadas.

A presença do apoio emocional e ajuda material enquanto funções predominantes nas redes das mulheres participantes deste estudo, diverge dos resultados encontrados por Macedo et al. (2018) que identificaram a ausência do apoio material e emocional entre a maioria dos participantes. Considerando a relação entre o apoio recebido e o uso abusivo do álcool, é importante enfatizar que quando a rede social desempenha funções de apoio, ajuda, acolhimento e atua protetivamente, contribui para o cuidado (Kahle et al., 2019; Litt et al., 2015; Litt et al., 2016; Souza et al., 2019). Sendo assim, faz-se necessário não apenas possibilitar a construção, ampliação e fortalecimento da rede social, mas também viabilizar uma rede que seja ativa no desempenho das diferentes funções.

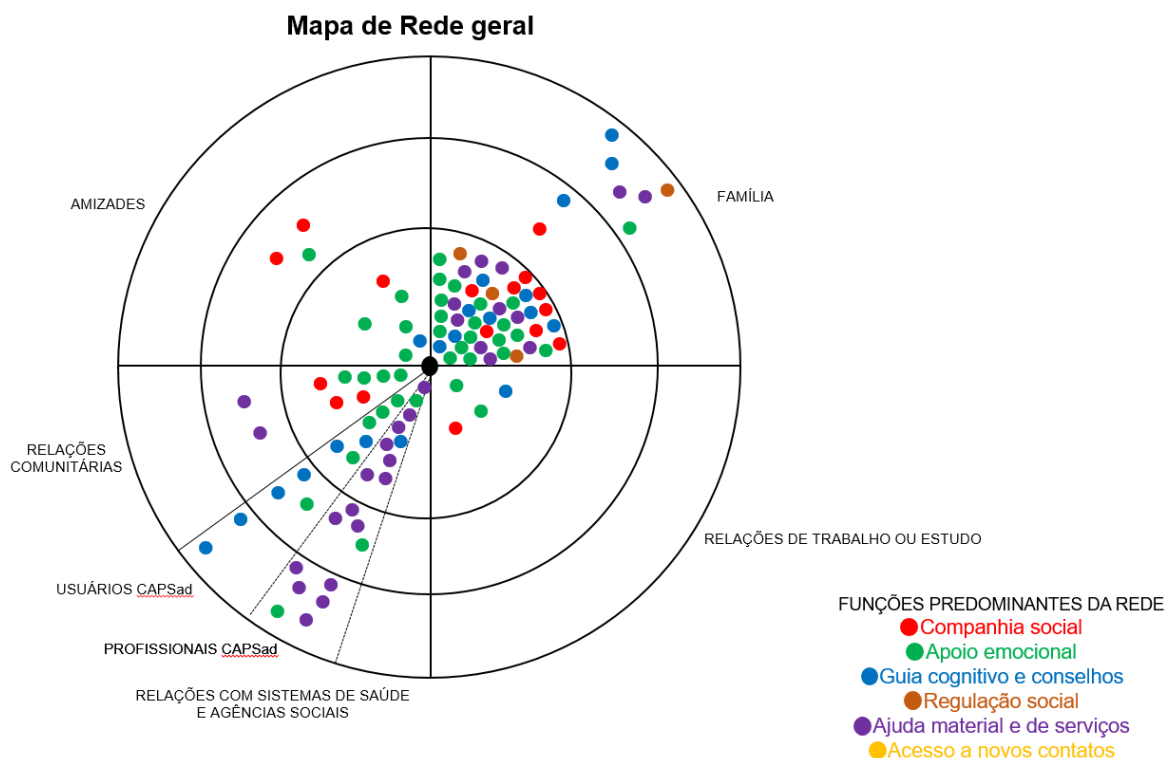
Relações significativas com pessoas e instituições compõem uma rede de apoio social e representam fatores protetivos para o sujeito e família (Seibel et al., 2017). O Estudo de Santini et al. (2020) que teve como objetivo analisar as relações entre desconexão social, percepção de isolamento social e sintomas de ansiedade e depressão, evidenciou que a estrutura e a função da rede social relacionavam-se a quadros de ansiedade e depressão, sendo as redes mais próximas e ativas protetivas para esses adoecimentos por atuarem na diminuição do isolamento e da solidão.

A rede social se constitui a partir das relações e do estabelecimento de vínculos com pessoas que o sujeito atribui um significado especial, a quem ele pode acionar diante de uma necessidade, seja ela de ordem material ou emocional (Ornelas, 2008). As redes sociais compreendem, portanto, o significado da rede e as funções que seus membros exercem (Moré & Crepaldi, 2012; Silva, Strobbe et al., 2021). As participantes deste estudo demonstraram a importância das pessoas que compõem suas redes e o quanto elas foram relevantes em diferentes situações e momentos de suas trajetórias, desempenhando funções que abrangem desde a escuta sem julgamento ao oferecimento de recursos básicos para a existência. Por outro lado, demonstraram também diferentes fragilidades relativas às restrições das funções.

No estudo realizado por Souza et al. (2019) com mulheres brasileiras acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, que, em sua maioria, também viviam em condições psicossociais de vulnerabilidade, verificou-se uma fragilidade dos vínculos das suas redes sociais, por outro lado, quando havia a presença do suporte social na rede, esta esteve associada à redução das complicações de saúde. Na mesma direção, o estudo de Gaino et al. (2019) identificou que entre as mulheres participantes do estudo, aquelas que estavam mais satisfeitas com o apoio social que recebiam estavam menos propensas a desenvolverem sintomas como cansaço, tristeza e quadros indicativos de transtorno mental. Estes dados reforçam a importância das redes sociais e o desempenho de suas funções como estratégias de proteção, prevenção e promoção da saúde.

Visando sintetizar os dados analisados na categoria sobre a composição (3.2) e funções dos vínculos da rede (3.3), a figura 3 apresenta um mapa de rede que compila os mapas das 11 participantes, demonstrando o modo como os membros se distribuem e as principais funções desempenhadas.

Figura 3 – Mapa de Rede Geral



Fonte: desenvolvida pela autora

O mapa de rede geral das participantes sumariza os resultados apresentados acerca das redes sociais significativas e evidencia a centralidade dos vínculos na família e no CAPSad. Considerando que uma rede muito localizada é menos flexível e efetiva (Sluzki, 1997) e a importância da rede para o cuidado e promoção da saúde (Gaino et al., 2019; Kahle et al., 2019; Silva, Strobbe et al., 2021; Souza, 2010), faz-se necessário que a rede social seja objeto de trabalho no CAPSad. No que se refere às funções desempenhadas pela rede, nota-se a preponderância das funções de apoio emocional e ajuda material e de serviços, o que sugere a necessidade da ampliação das funções da rede e do fortalecimento dos vínculos, de modo a garantir o apoio e cuidado integral a estas mulheres em suas mais diversas condições, demandas e trajetórias de vida.

Os dados demonstrados pelos mapas de redes das participantes deste estudo confirmam a relevância das relações significativas para as trajetórias individuais. Tais relações oferecem abertura para novas (e melhores) possibilidades de existência, contribuindo para a (re)construção de histórias em um trajeto que pode ser lento, porém, progressivo e de mais esperança (Souza et al. 2006). Deste modo, a constituição das trajetórias e projetos de vida perpassa a teia das relações sociais significativas.

### 6.1.4 Trajetória e projeto de vida

Esta categoria articula a trajetória de vida com a constituição dos projetos de vida das participantes, para tanto, desvela aspectos que foram marcantes na trajetória de vida das participantes, apresenta uma reflexão sobre a trajetória e constituição de projeto de vida destas mulheres e quais são seus desejos e projetos em relação ao futuro.

Quadro 6 – Trajetória e projeto de vida

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
<b>4. Trajetória e projeto de vida</b>	4.1 Aspectos marcantes na trajetória de vida	Lembranças mais significativas da sua história de vida	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11
		Situações e acontecimentos difíceis na vida	1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
		Situações e acontecimentos felizes na vida	1, 2, 4, 5, 7, 8, 11
		Morte de familiares como momento de muita dificuldade e sofrimento	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Resumo da vida marcado por dificuldades e dedicação ao trabalho e família	2, 3, 5, 6, 8, 10, 11
		Eventos significativos que modificaram sua trajetória	4, 5, 6, 10, 11
	4.2 Reflexão sobre a trajetória e constituição de projeto de vida	Em algum momento da sua vida teve projetos pessoais, realizações e felicidades	3, 4, 6, 7, 11
		Projetos que tinha no passado era casar e ter filhos	1, 2, 4, 7, 11
		Projetos que tinha no passado era relacionado à trabalho e estudo	1, 6, 10
		Sentimentos de insatisfação e frustração com sua trajetória	1, 2, 3, 5, 6, 10, 11
		Realização de projetos que tinha no passado	2, 7, 11
		Superação de dificuldades e valorização do que possui	3, 8, 11
	4.3 Desejos e projetos em relação ao futuro	Expectativa de realizações de seus projetos	1, 3, 4, 6, 7
		Desejo de futuro envolve ter motivação, independência e dignidade	6, 7, 11
		Desejo de futuro envolve trabalho e estudo	4, 6, 8, 9, 10

		Família como elemento central dos desejos e projetos de futuro	1, 2, 3, 4, 6, 8
		Não tem projetos, perspectivas ou desejos para o futuro	1, 2, 5, 7, 9, 10, 11
		Uso do álcool como impedimento ou limitação para a realização de seus projetos	1, 3, 6, 8, 9,
		Seu maior desejo para o futuro é parar de beber	1, 3, 6, 7, 8, 11

Fonte: desenvolvido pela autora

Ao narrarem suas histórias, as participantes enfatizaram os **aspectos marcantes na trajetória de vida** (4.1) que lhes impactaram de diferentes formas. Esta subcategoria contempla os seguintes elementos de análise: lembranças mais significativas da sua história de vida; situações e acontecimentos difíceis na vida; situações e acontecimentos felizes na vida; morte de familiares como momento de muita dificuldade e sofrimento; resumo da vida marcado por dificuldades e dedicação ao trabalho e família e sobre os eventos significativos que modificaram suas trajetórias de vida.

No que concerne às *lembranças mais significativas da sua história de vida*, nove participantes expuseram tanto as lembranças felizes como aquelas marcadas por dor e sofrimento. Três participantes (4, 7, 8) mencionaram lembranças felizes, todas associadas a momentos em família:

“A infância me traz boas recordações, lembranças das minhas irmãs, da minha mãe, do meu pai.” (P 7)

A participante 8 falou das lembranças de quando visitavam a mãe, que residia em outra cidade, dos momentos de alegrias que lá viviam e do quanto a casa da mãe representava um lugar de amor e aconchego:

“Nós não avisava a mãe que a gente ia [...] nós chegava só buzinava né [...] era muito bom, e eu sinto falta disso [...] a casinha da mãe é uma meia água, pequenininha, com o banheirinho, só que o terreno é grande, mas se tu visse o amor e o aconchego que tem lá, nos reuníamos lá, muitas lembranças boas.” (P 8)

Por outro lado, sete participantes (2, 3, 5, 6, 8, 9 e 11) enfatizaram as lembranças tristes de suas trajetórias:

“Só tenho muito mágoa, muita dor no peito, mas coisa boa pra lembrar, bem pouca.” (P 2)



“É aquela coisa do passado fica revisitando sabe, eu diria que, tem, existem algumas sobras do passado que me incomodam [...] lembranças do bullying que sofria tanto na família como no colégio, o assédio moral né.” (P 5)

Essas lembranças tristes relacionavam-se com as *situações e acontecimentos difíceis na vida*, citados por nove participantes. Entre esses acontecimentos destacaram-se separações, dificuldades financeiras e violências sofridas:

“Momento mais difícil da minha vida foi quando meu marido me deixou.” (P 1)

“Perdi o comércio que eu tinha também né, que era o meu ganha pão, era, era o resto do que eu tinha na vida.” (P 10)

“Casei com 15 anos, comecei apanhar, até ali eu nunca tinha apanhado do meu pai, mãe a gente sempre apanha né, mãe é fora, a parte, mas o meu pai, da minha mãe eu apanhei muito, daí casei, continuei apanhando do meu marido, meu pai chorava muito de saber que eu apanhava.” (P 11)

Embora três participantes tenham compartilhado as memórias felizes que tinham, para a maioria das participantes as lembranças de sua história de vida eram de dor e sofrimentos, com trajetórias marcadas por situações e momentos difíceis. Esse resultado se assemelha aos encontrados por Cugler e Figueiredo (2021), Soccol et al. (2018) e por Benites e Barbarini (2009) em que as mulheres participantes dos estudos também referiram memórias de sofrimento que eram entrelaçadas em histórias de vidas marcadas por dificuldades. Benites e Barbarini (2019) destacaram que ao falar sobre estas memórias e lembranças da experiência vivida, as participantes puderam expressar sua própria subjetividade. Deste modo, ressalta-se a importância de se ter espaços em que as mulheres possam falar de si, contar suas histórias e quiçá, dar um novo sentido e significado para suas vivências de sofrimento.

Entre as situações e acontecimentos difíceis presentes na história de vida das participantes, duas delas (5 e 11) ressaltaram as dificuldades vividas na infância e adolescência. A participante 5 contou que além do bullying que viveu na infância, engravidou na adolescência e viveu uma difícil experiência:

“Eu tive uma gravidez na adolescência e aí eles (família) disseram que eu engravidei porque eu era uma vagabunda, só que o cara que me engravidou, ele tinha 21, eu tinha 14, ele me engravidou, me enganou, me comeu, me jogou fora e eu era vagabunda, eu fiquei escutando essa frase na minha família ‘vagabunda, vagabunda, vagabunda’, meu pai me ameaçava me mandar embora de casa e não queria que eu levasse minha filha junto.” (P 5)

Já a participante 11 revelou que a mãe tinha problemas de saúde mental, e quando era criança lhe obrigava a acompanhá-la sempre, inclusive em situações e contextos de violência:

“Eu acho que eu nasci, eu vivi no mundo pra sofrer, porque quando eu era criança eu via assim o sofrimento da minha mãe [...] minha mãe nunca foi uma pessoa assim boa, ela sempre foi de um gênio forte assim né, então assim ela, ela, eu era o braço direito dela, eu tinha que tá sempre junto com ela em tudo que ela fazia [...] eu tinha oito anos, minha mãe arrumou uma mangueira pra dar uma surra na amante do meu pai, e eu lá, junto com ela.” (P 11)

Em outra situação, a mãe solicitou seu auxílio para uma tentativa de suicídio:

“Aí depois passou tudo essas coisara toda, ela tentou se matar, daí ela perguntou pra mim, ela disse ‘oh, hoje eu vou me matar’, só que tudo era eu, tudo era eu, sabe, ela disse ‘ai de ti se tu contar pro teu pai ou pra alguém’, sabe, pronto, aquilo ali já acabou comigo né, pensei, e agora? daí eu vi ela arrumando o remédio pra se matar né, veneno, e o pai assim debruçado na mesa assim, aí eu olhava pra ela, e a porta tava meio assim (entre aberta), eu olhava pro pai debruçado na mesa e olhava pra ela preparando o veneno, pensei, e agora? o que é que eu faço? se eu deixar ela tomar ela vai morrer, se eu contar pro pai eu vou apanhar, então, eu prefiro apanhar, aí fui lá cutuquei, cutuquei o pai assim né, daí eu disse ‘pai, a mãe vai tomar veneno’, e o pai saiu correndo, tirou o veneno da mão dela.” (P 11)

O relato da participante 11 expressa a vida de sofrimento e de responsabilidade que teve desde a infância, o que refletiu em toda sua trajetória de vida. Em consonância com este fato, entre os participantes do estudo de Silva, Oro et al. (2021) todos narraram que no período da infância presenciaram situações de discussões e agressões físicas no contexto da família de origem que impactaram negativamente suas histórias de vida. McGoldrick et al. (2012) chamam a atenção para o fato de que frequentemente situações críticas vivenciadas pela família repercutem em todo o sistema familiar, impactando a família de diversas formas e no decorrer de diferentes gerações.

As experiências vivenciadas na infância e adolescência por algumas participantes deste estudo demonstraram que suas trajetórias de vida foram permeadas por sofrimentos desde a tenra idade e que se perpetuaram na vida adulta. Além disso, assinalam que as dificuldades e sofrimentos compõem as histórias intergeracionais familiares, e esta é, de fato, uma realidade para muitas famílias brasileiras (Cervený & Berthoud, 2009; Silva, Oro et al., 2021).

Considerando que o contexto familiar representa um espaço inicial de construção da identidade, das habilidades emocionais, cognitivas e sociais (Costa, Costa et al., 2018), e que para muitas participantes deste estudo este contexto foi impeditivo para a construção de boas memórias e experiências afetivas, o que se reproduziu posteriormente em outros contextos relacionais, torna-se possível compreender a frequente percepção negativa que algumas participantes têm de suas trajetórias pessoais.

Frente às experiências e memórias difíceis narradas pelas participantes, pode-se lançar uma reflexão proposta por Benites e Barbarini (2009, p. 19): “Então mulher: quanta força há no seu corpo “dito” frágil, quantos desejos secretos guardados em seu ventre, quantas lágrimas escondidas em seu coração, quantos sonhos ainda anseiam seus olhos, quantos curativos precisam sua alma, quanta dor e alegria há pra contar em sua história?” Entre as participantes deste estudo houve mesmo muitas lágrimas e registros de dor, mas, houve também diferentes histórias de felicidades que foram por elas reconhecidas.

Sete participantes recordaram *situações e acontecimentos felizes na vida*. Tais momentos foram relacionados principalmente ao nascimento dos filhos, ao casamento e cuidado da família:

“Ahh, momento de felicidade acho que, bom, em primeiro lugar é quando a gente tem um filho, que a gente vê aquela carinha de joelho que a gente acha que o filho da gente é o mais lindo da maternidade” (P 8)

“Ter cuidado da minha mãe me trouxe felicidade porque ela sempre me procurava, me procurava, e quando ela me procurava eu tava sempre ali, sempre, largava emprego, largava tudo e tava sempre ali com ela, sempre ali, sempre ali com ela.” (P 2)

“Foi meu casamento, a gente casou na igreja, eu acho que foi o dia mais feliz da minha vida, foi o dia do nosso casamento.” (P 5)

O ponto alto na vida dessas mulheres, os momentos de maior felicidade, foram majoritariamente relacionados à família e perpassados pela dimensão afetiva dos vínculos. De fato, assim como propõe Bauman (2009), especialmente na modernidade, período marcado pela fragilidade dos vínculos e das relações humanas, são os vínculos significativos que representam a proteção em meio às perturbações do mundo moderno. Entretanto, apesar da menção dos momentos felizes e afetuosos vivenciados por estas participantes, para a maioria, foram as experiências negativas que marcaram suas trajetórias de vida.

Entre as tantas dificuldades presentes nas trajetórias de vida das participantes deste estudo, 10 delas citaram a *morte de familiares como um momento de muita dificuldade e sofrimento*. A participante 2 ao narrar sobre a morte do pai ficou muito emocionada, chorando, mudou a posição da cadeira que estava sentada de forma a desviar o olhar da entrevistadora, enquanto contava sobre o dia em que o pai morreu:

“O momento mais triste da minha história foi quando o meu pai morreu, eu tava trabalhando e foram chamar a gente, me desculpa que eu não tô olhando no teu rosto [...] de repente chegou o meu irmão lá, com o pai dentro do carro [...] quando eu abri a porta da garagem e olhei ele (pai) dentro do carro foi o pior momento da minha vida [...] lá no hospital

disseram que era um AVC que tinha dado nele [...] dali já levaram ele pro centro cirúrgico daí ele não voltou mais.” (P 2)

Já a participante 3 perdeu um de seus filhos em um acidente automobilístico, ela, o marido e o outro filho também estavam no automóvel no momento do acidente e ficaram gravemente feridos, o filho mais velho veio a óbito no local:

“Eu perdi ele (filho mais velho) nesse acidente, daí não pude nem ir no velório dele, no enterro, nada, porque eu tava no hospital, daí o meu marido teve que ficar no hospital também porque o meu outro filho tava junto, também se machucou, quebrou a perna, quebrou o braço, daí nenhum de nós dois pode comparecer no velório dele.” (P 3)

Para estas mulheres a morte de familiares trouxe dor e sofrimentos difíceis de serem superados, conforme verbalizado pela participante 2 que mesmo após quase 20 anos do falecimento do pai, ainda tinha dificuldade para lidar com sua perda. As diferentes formas de lidar com o luto e os diversos significados atribuídos à morte e à perda caracteriza-se como um processo bastante singular, que depende das características do enlutado, da rede de apoio e das circunstâncias da morte do ente querido. Assim, o acolhimento, a empatia e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde são importantes fatores no enfrentamento e elaboração do luto (O’Sullivan et al., 2021). Desse modo, frente aos relatos das participantes do presente estudo, parece ser relevante que elas tenham um espaço para falar sobre suas perdas e elaborarem seus lutos.

Perdas e outras dificuldades do âmbito pessoal e familiar foram recorrentes na história de vida das participantes deste estudo, seis delas afirmaram que o próprio *resumo da vida era marcado por dificuldades e dedicação ao trabalho e família*:

“Eu não saía pra lugar nenhum, era só em casa, do trabalho, do trabalho pra casa e pra minha filha e pra casa, e lavando, e passando, e ajudando a mãe em casa.” (P 2)

“A minha vida é uma novela, dá um livro eu acho, de tudo o que eu já passei, mais é momento ruim.” (P 6)

“Eu batalhei, batalhei, com disse né, eu sou bem sincera em dizer, comi o pão que o diabo amassou [...] trabalhava de diarista, trabalhava na política, tudo que vinha na frente eu enfrentava, enfrentei, eu fui uma mulher muito assim batalhadora, eu fui, graças à Deus [...] aí assim foi a minha vida todinha assim, sofrendo, depressiva, bebendo [...] meu Deus, minha vida foi sofrida.” (P 11)

De certa forma, o resumo da vida destas participantes reflete a história de dificuldades vivenciadas por muitas delas e a dedicação direcionada à família, inclusive enquanto atribuição de sentido para a própria existência. As restrições que constituíram a síntese de vida destas

participantes, em alguma medida, correspondem ao que foi construído historicamente enquanto valor e função feminina, como a dedicação à casa e família (Figueiredo & Diniz, 2018; Guahyba et al., 2019). Além disso, demonstram a presença das diferentes vulnerabilidades que compõem a história intergeracional de muitas destas mulheres.

No decorrer de suas histórias, para cinco participantes houveram *eventos significativos que modificaram sua trajetória de vida*. Quatro delas referiram eventos e mudanças negativas, enquanto que para uma das participantes o ponto de viragem foi positivo e representado pelo casamento:

“Resumiria minha vida antes de casar e depois de casar, antes de casar uma merda, aí depois de casar melhorou.” (P 5)

Já as demais participantes (4, 6, 10 e 11) citaram eventos que impactaram negativamente em suas trajetórias:

“A morte do meu pai trouxe uma mudança negativa para a minha vida [...] e o uso do álcool também.” (P 4)

“A minha vida mudou pra pior depois que eu conheci esse homem (companheiro).” (P 10)

Entre as participantes que citaram eventos significativos como pontos de viragem em suas trajetórias, para quatro delas (4, 6, 10 e 11) esses eventos representaram experiências negativas como a morte de familiares, brigas e o próprio uso do álcool, reforçando assim narrativas anteriores de dor e sofrimento no percurso da vida. Apenas a participante 5 atribuiu a um acontecimento positivo o marcador de mudança em sua vida. As demais participantes deste estudo (1, 2, 3, 7, 8 e 9) afirmaram não ter havido nenhum evento que representasse uma ruptura e mudança de direção em suas vidas. Diante da ausência de pontos de viragem, ou da negatividade destes, denota-se uma condição de aprisionamento destas mulheres a situações vividas, o que acaba por limitar suas possibilidades de lançar-se para o futuro e traçar novos e melhores rumos para suas trajetórias.

A segunda subcategoria apresenta uma **reflexão sobre a trajetória e constituição de projeto de vida** (4.2) das participantes e abrange os seguintes elementos de análise: em algum momento da sua vida teve projetos pessoais, realizações e felicidades; projetos que tinha no passado era casar e ter filhos; projetos que tinha no passado era relacionado à trabalho e estudo; sentimentos de insatisfação e frustração com sua trajetória; realização de projetos que tinha no passado e, por fim, superação de dificuldades e valorização do que possui.

Cinco participantes afirmaram que *em algum momento da sua vida teve projetos pessoais, realizações e felicidades*. Tais fatos relacionavam-se, principalmente, a aspectos familiares e profissionais:

“Cinco anos atrás, eu tinha uma vida assim plena, tranquila, trabalhava bem, tava até pretendendo fazer um curso, voltar a estudar de novo né, trabalhava, depois no final de tarde eu saía pra caminhar, final de semana eu saía com as menina (filhas) pra tomar sorvete, a minha vida amorosa era ótima.” (P 4)

“Eu era feliz quando eu tinha os meus dois filhos e meu marido, eu já fui muito feliz, não tem nem como explicar.” (P 3)

“A minha história começou com vitórias, né, até a minha idade né, que eu tenho, vitórias, trabalho, objetivo, eu tinha uma meta, né, que eu queria cumprir, e de um tempo pra cá só buraco, fundo do poço, é isso.” (P 6)

Os relatos demonstraram que já houve projetos e períodos de alegrias e realizações na trajetória de vida destas participantes, entretanto, frente a realidade atual de vida, tais experiências parecem terem ficado circunscritas a memórias do passado, não indicando um movimento real de resgate e de construção de novos projetos. Tal fato associa-se ao que Velho (1997) descreveu como campo de possibilidades para a realização de projetos pessoais, localizados em um determinado contexto temporal, histórico e cultural. Para estas participantes, o momento presente apresentava um campo restrito de possibilidades, e talvez por isso, suas narrativas remetiam majoritariamente a um tempo passado, tempo em que tinham melhores possibilidades de ser e de realizar-se. Entretanto, conforme pontuado por Schneider et al. (2021), ainda que as possibilidades sejam restritas pelas circunstâncias contextuais, há uma dimensão individual desse processo que envolve a liberdade de escolha.

Sobre escolhas e projetos que as participantes já tiveram em algum momento da vida, cinco participantes (1, 2, 4, 7 e 11) afirmaram que os *projetos que tinham no passado era casar e ter filhos*:

“Eu pensava em me casar e construir uma família né, e viver a vida eterna, porque esse era o exemplo que a gente tinha em casa né.” (P 2)

“Primeiramente ser mãe, e sempre pensava assim, os meus filhos ou as minhas filhas vão ser de uma mesma pessoa, não quero me separar, quero ter um casamento bom, eu quero ter uma família unida.” (P 4)

“Ter filhos né, pensava em ter meu marido e ficar com ele até o finalzinho, até velhinho, entende, e daí era isso.” (P 7)

Já para três participantes (1, 6 e 10) os *projetos que tinham no passado era relacionado à trabalho e estudo*:

“Eu não queria casar, eu queria trabalhar, estudar, me formar, mas eu não queria ter família, esse era o meu projeto quando eu era mais nova.” (P 6)

“O meu sonho era ser veterinária, ou, é, comissária, da polícia [...] o desejo que eu tinha era estudar.” (P10)

Os projetos de vida que as participantes deste estudo tinham no passado estavam associados à esfera familiar e profissional, este dado converge com os achados dos estudos de Pizzinato et al. (2016) e de Shahram et al. (2017) sobre projetos de vida de jovens mulheres. As jovens que participaram da pesquisa de Pizzinato et al. (2016) também direcionavam seus projetos de futuro ao campo acadêmico e profissional, manifestando desejo de estudar e realizar-se profissionalmente e, ao mesmo tempo, destacaram que os projetos de futuro envolviam o casamento e a maternidade. Especificamente em relação à dimensão familiar, o estudo de Shahram et al. (2017) identificou que o convívio com a família por um longo tempo compunha os projetos de futuro das participantes.

No que se refere à esfera profissional, das 11 participantes deste estudo, três mencionaram que esta era uma dimensão importante do projeto de vida que tinham no passado, convergindo com o que Beauvoir (2019a) assinalou acerca das limitações dos projetos pessoais das mulheres, especialmente no que se refere ao mundo do trabalho. Entretanto, assim como destacou Haertel (2018), ainda que um projeto de vida não se limite a aspectos de trabalho e estudo, estes elementos podem promover uma ampliação das possibilidades de realizações também em outras esferas, proporcionando a atribuição de sentido para a trajetória de vida do sujeito.

Diante da não realização de projetos pessoais, sete participantes revelaram *sentimentos de insatisfação e frustração com sua trajetória* e salientaram, principalmente, o fato de não terem conseguido realizar os projetos de que tinham:

“Eu realizei bem pouco, muito pouco do meu projeto.” (P 2)

“Até agora não realizei nada do projeto que eu tinha.” (P 6)

“Acho que eu não tive momento de felicidade nessa vida, se eu tive, desculpe eu não lembro Claudia, é que a dor ela é mais forte né? [...] não consegui realizar nenhum projeto que eu tinha [...] eu não sei o que eu tô fazendo nessa terra.” (P 10)

Já a participante 5 revelou que ao refletir sobre seus projetos pessoais, não conseguia distinguir o que era um projeto legítimo seu daquilo que ela realizou apenas para corresponder às expectativas familiares:

“A questão é que misturou muito o projeto de vida que eu tinha com o projeto de vida que a minha mãe fez pra mim, sabe, então às vezes é um pouco difícil eu saber o que foi que eu projetei pra mim e o que foi que projetaram pra mim, e a conclusão que eu chego é que o que projetaram pra mim eu não gostei.” (P 5)

Muitas vezes há uma distância concreta entre o que se projeta para a vida e o que efetivamente se realiza. Sobre isso, Haertel (2018, p.169) propõe que “existe uma grande diferença entre visualizar um projeto de vida ou afirmar ter um projeto de vida e comprometer-se com ele de modo a produzir ações reais que impactem a própria vida e sociedade.” Neste estudo, as participantes manifestaram um descontentamento em relação à discrepância entre o que projetaram e o que de fato conseguiram realizar em suas vidas, seja por não terem se comprometido com seus projetos, seja por não terem conseguido realizá-los por outros motivos.

Frente a não realização de projetos pessoais, as participantes deste estudo manifestaram sentimentos permeados por insatisfação e mesmo falta de sentido para as suas trajetórias de vida. De fato, um projeto de vida contribui para a atribuição de sentido e significado à existência humana, porém, não se trata de um processo de cunho exclusivo e individual, a construção e efetivação de um projeto é mediado pelo contexto e relações sociais, a partir das quais o sujeito faz suas escolhas (Alves, 2016; Velho, 1997). Estas escolhas dependem de diferentes valores e determinantes que orientam os projetos e trajetórias pessoais e lhes dão um sentido (Klein & Arantes, 2016).

Os sentimentos de insatisfação e falta de sentido expressados pelas participantes podem estar relacionados com as condições atuais de vida que limitam as possibilidades delas vislumbrarem perspectivas de futuro. Além disso, especificamente no caso da participante 5, ao olhar para a sua trajetória torna-se difícil conseguir diferenciar-se de sua família de origem, inclusive, distinguir o que se constitui como seu próprio projeto de vida. Entretanto, apesar da família representar elemento importante na constituição de projetos pessoais, o sujeito é o protagonista (Velho, 1997), já que o projeto implica escolhas e ações individuais, fundamentadas em um desejo de ser (Langaro, 2019). Portanto, ainda que a participante atribua principalmente à família a responsabilidade pela direção de sua trajetória, ela é autora de sua história.

Se por um lado sete participantes compartilharam sentimentos de insatisfação com suas trajetórias, por outro, três participantes mencionaram a *realização de projetos que tinham no passado*. As realizações referiam-se a ter filhos, uma casa e viver uma relação feliz com o companheiro:



“O que eu consegui realizar é ter os meus filhos.” (P 2)

“O que eu consegui foi ter os filhos, a gente tem uma casa.” (P 7)

“Ser feliz com esse meu (último) companheiro.” (P 11)

Ao refletirem sobre suas trajetórias, três participantes citaram ainda a *superação de dificuldades e valorização do que possuem*. A participante 11 contou o quanto sente-se feliz ao olhar para a sua história e perceber que, apesar de todas as dificuldades vivenciadas no passado, hoje os filhos estão bem:

“Eu tinha dois filhos pra sustentar né, então tudo que vinha eu enfrentava, mas graças à Deus meus filhos estão bem, olha, hoje o meu filho mais velho é um menino assim que ele é, ele teve os estudos dele completo, tudo certinho, ele tem o carro dele, ele tem a moto dele [...] tem a casinha dele novinha [...], aí eu olho pra ele, foi o que mais sofreu comigo assim sabe, e fico feliz por ter conseguido, foi uma superação.” (P 11)

Já a participante 8 afirmou que tem valorizado mais o que possui, sugerindo um processo de ressignificação de sua história:

“Aí às vezes fico pensando assim, agora eu tô, como diz, tirando aquela venda, que antes parece que eu tava com venda, eu olhava as coisas e não enxergava, como diz, pode ter uma rosa tão linda lá e tu olha ‘ai que tristeza, ai aquela flor tá tão feia’, agora tu olha ali pra um cacho de banana ‘ai meu Deus amadurece logo pra mim comer’ parece é, como muda as coisas né, quando a gente quer, quando a gente procura ajuda né [...] o nome que eu daria pro livro da minha vida é ‘dar valor ao que tá, dá valor às coisas que tão bem perto de você e você não consegue enxergar’, eu resumiria isso mais ou menos, que tem tanta coisa que tá tão perto ali, tanta coisa boa e a gente não vê, né, não é verdade?” (P 8)

As participantes 3, 8 e 11 ao olharem retrospectivamente para as suas histórias, demonstraram terem passado por um processo de ressignificação de suas experiências, além do reconhecimento e valorização do que possuem. Para a participante 11, ainda que a superação das dificuldades tenha sido concretizada principalmente na trajetória do filho, ela reconhece que isso é resultado de seu empenho no enfrentamento das adversidades que ambos viveram no passado. Realidade que converge com os achados do estudo de Caridade et al. (2015) com mulheres que experienciaram a vitimização múltipla, muitas das quais referiram a utilização espontânea e autônoma de estratégias de enfrentamento para a superação de obstáculos.

Já o relato da participante 8 demonstrou a atribuição de novos sentidos e significados para as suas vivências. Processo que se iniciou, segundo ela, “quando a gente quer, quando a gente procura ajuda”, indicando que tal mudança relacionava-se ao seu acompanhamento no CAPSad e ao suporte recebido pela família. Sobre o acompanhamento no CAPS, o estudo de

Moura (2016) com mulheres que frequentavam um grupo terapêutico específico sobre projetos de vida em um CAPS II, identificou que entre as participantes do grupo houve um processo de atribuição de novos significados e a construção de novas possibilidades para as suas trajetórias. Demarca-se assim a relevância dos CAPSs como espaços propícios para o processo de ressignificação e para a (re)construção de projetos de futuro.

A última subcategoria refere-se aos **desejos e projetos em relação ao futuro** (4.3) e contempla sete elementos de análise: expectativa de realizações de seus projetos; desejo de futuro envolve ter motivação, independência e dignidade; desejo de futuro envolve trabalho e estudo; família como elemento central dos desejos e projetos de futuro; não tem projetos, perspectivas ou desejos para o futuro; uso do álcool como impedimento ou limitação para a realização de seus projetos e seu maior desejo para o futuro é parar de beber.

Sobre a *expectativa de realizações de seus projetos*, cinco participantes afirmaram acreditar que conseguirão realizá-los. Esses projetos incluem coisas pontuais como ir passear na praia até projetos mais amplos como retomar projetos que tinham no passado:

“Meu projeto é ir para a praia [...] ficar pelo menos uma semana, porque eu tô namorando com um rapaz que também tá aqui no CAPS, só que ele tá internado agora, e ele surfa, então a gente já programou pra, ele sai dia sete de janeiro (da internação), daí a gente já programou pra ir pra praia.” (P 1)

“Quero realizar tudo né, que eu não realizei quando eu era mais nova, eu espero e eu tenho fé que vai acontecer.” (P 6)

As expectativas de realização de projetos de futuro destas participantes se referiram a questões muito específicas como no caso da participante 1 que ao falar sobre seus desejos para o futuro citou o desejo de ir à praia e o planejamento para realizá-lo, até um projeto amplo, porém vago, como a da participante 6 que se refere ao resgate de projetos que tinha no passado, mas não especificou quais seriam esses projetos e nem como fará para realizá-los. Tendo em vista que o projeto de vida constitui-se como uma orientação para a trajetória de vida (Mandelli et al., 2011), para estas participantes este processo pode estar comprometido, ou porque o projeto está limitado e circunscrito a uma determinada situação ou porque sua abrangência e falta de direcionamento acaba por desvanecer-lo.

No que se refere especificamente aos desejos para o futuro, três participantes (6, 7 e 11) citaram que seu *desejo de futuro envolve ter motivação, independência e dignidade*:

“Quero ter motivação, quero... não quero ficar assim que nem eu me sinto, entende? Anulada.” (P 7)

“Eu quero pro meu futuro... [...] ter a minha dignidade, o meu respeito de volta.” (P 6)

Já a participante 11 contou como pretende viver sua velhice e citou o desejo de ser independente:

“A única coisa que às vezes vem na minha mente pra imaginar, eu me imagino assim, uma senhorinha velhinha no asilo, ou então morando sozinha na casinha bem velhinha, pequeninha, sem ninguém pra me incomodar, e sem morar com os filhos nenhum, também não quero, eu quero ficar velhinha sozinha, morando sozinha, cada um dentro da sua casa, eu tendo a minha, como é que diz, a minha privacidade mesmo, velhinha sozinha, isso eu penso, sem depender de ninguém.” (P 11)

A expressão dos desejos por motivação, independência e dignidade, de certa forma refletem a história de vida destas participantes, uma vez que, frente aos obstáculos que marcaram as suas trajetórias, o desejo de futuro latente é mudar o curso de vida e vislumbrar perspectivas de futuro mais esperançosas. Neste sentido, o estudo de Krenkel et al. (2021), com mulheres que haviam passado por situação de violência extrema, também verificou que entre elas havia a perspectiva de resgate da dignidade e a busca por condições mais saudáveis e seguras de existência. Estes resultados sinalizam que os projetos vão se delineando, se constituindo e modificando-se a partir de realidades contextuais, inscritas em um determinado tempo, espaço e fase de vida (Velho, 1997).

No que se refere às aspirações no âmbito acadêmico e profissional, cinco participantes afirmaram que seu *desejo de futuro envolve trabalho e estudo*, representados principalmente pelo intuito de voltar a trabalhar e retomar os estudos:

“Agora o meu projeto de vida que tô querendo ter, tava pensando, eu acho que eu ainda vou ter, voltar a estudar.” (P 4)

“Aiii no futuro, aí eu quero voltar a ter a minha, ah, o meu trabalho, que não é querer falar assim, trabalhei em lugares bons assim sabe, lugares bons, de pessoas maravilhosas, e quero voltar.” (P 8)

“Eu quero arrumar um emprego pra mim né, porque a gente trabalhando tem um futuro melhor.” (P 9)

O trabalho e estudo enquanto desejo e perspectiva de futuro expressado por estas participantes confirma o atual movimento de mudança em relação ao papel e lugar da mulher na sociedade, fato verificado no estudo de Cugler e Figueiredo (2021) em que as participantes referiram o trabalho e estudo como possibilidade de mudança de vida. Estes dados corroboram também com os achados dos estudos de Moura (2016), Borges et al. (2013) e de Pizzinato et al. (2016). Especificamente em relação às mulheres acompanhadas em CAPSad, a pesquisa de Fejes et al. (2016) constatou que o desejo de ter um emprego, renda e estudar, compunha os

projetos de vida das participantes. Haertel (2018) reforça que a dimensão do trabalho e estudo são elementos importantes no estabelecimento de projetos de vida e na atribuição de sentido para as trajetórias pessoais.

No caso das participantes da presente pesquisa, o desejo de futuro relacionado ao trabalho e estudo constitui-se também como recurso para o alcance de maior autonomia e independência. Beauvoir (2019b) defendia que é essencialmente pelo trabalho que a mulher encontra sua verdadeira independência e liberdade. Entretanto, apesar de atualmente as mulheres terem mais possibilidades de realização, ainda encontram muitos empecilhos e resistência para realizarem-se enquanto sujeitos autônomos (Figueiredo & Diniz, 2018; Santos & Diniz, 2018; Souza, 2018). Nesse sentido, para estas participantes há uma intersecção de fatores sociais, de classe e de gênero que dificultam a concretização de projetos na esfera acadêmica e profissional.

No que se refere à relação entre família e projeto de vida, seis participantes consideravam a *família como elemento central dos desejos e projetos de futuro*. Quatro delas (1, 3, 4 e 8) manifestaram que seu projeto de futuro é ficar próxima à família:

“Eu sempre imaginei, sempre gostei de muita gente em casa [...]o meu projeto é esse, é melhorar, melhorar né, e ter uma família grande por perto.” (P 8)

Além da proximidade da família, a participante 3 frisou que um projeto de vida só é possível em conjunto com o companheiro:

“O que eu quero pra meu futuro é sempre estar do lado da minha família [...] Olha, a gente tem um projeto, eu com meu esposo, a gente tem um projeto a longo prazo de comprar uma chácara pra nós [...] é nosso projeto, é nosso [...] projeto de futuro é só junto com ele.” (P 3)

Duas participantes (2 e 4) enfatizaram ainda que o desejo e projeto de futuro é que os filhos fiquem bem:

“Pensando no meu futuro... eu só quero que os meus filhos se formam e que eles fiquem bem, o resto que acontecer comigo não interessa [...] só quero deixar os meus filhos bem, pra mim... o meu bem é eles está bem.” (P 2)

“Projeto de futuro é dar uma, uma vida melhor pras menina (filhas).” (P 4)

A construção de projetos de vida alicerçados na família demonstra a importância desses vínculos na vida destas participantes. Por vezes, a família constituiu-se como o único sentido e objetivo de vida, como no caso das participantes 2 e 4 cujos projetos individuais estavam alicerçados nas trajetórias dos filhos. Convergindo com esse dado, o estudo de Krenkel et al.

(2021) também identificou a preocupação com o futuro dos filhos como um dos elementos fundantes dos projetos de vida das mulheres pesquisadas.

Além da centralidade nos filhos, destaca-se também a perspectiva expressada pela participante 3 que só conseguia visualizar seu projeto de vida em conjunto com o companheiro, não reconhecendo possibilidades de um projeto individual. Nesse sentido, Velho (1997) chama a atenção para o fato de que embora os projetos de vida se constituam no social, mediados pela família e pelo grupo social, trata-se de um projeto pessoal. Ou ainda, como acrescentam Schneider et al. (2021), a definição de trajetórias pessoais envolve liberdade de escolha individual. No caso destas participantes, parece haver uma dificuldade para localizar suas próprias histórias e projetos e diferenciá-los da família, não reconhecendo o que é da ordem do singular e do universal em seus processos de escolha e de (re)conhecimento de si.

Assim como demonstrado entre as participantes deste estudo, de fato a família representa um dos alicerces para a construção e expressão de projetos individuais, entretanto, não é o único elemento decisivo nesse processo (Velho, 1997). A dinâmica relacional familiar pode viabilizar ou dificultar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos o que refletirá na forma como conduzem sua trajetória de vida (Cardoso et al., 2020; Costa, Costa et al., 2018). Contudo, há diversos outros fatores que atuam na (in)determinação de projetos pessoais, fatores relacionados a questões econômicas, sociais e culturais interferem no campo de possibilidades de realizações, o que pôde ser observado nas histórias de vida narradas por estas participantes.

Para algumas das participantes deste estudo foi difícil pensar no futuro e suas possibilidades, sete delas afirmaram *não terem projetos, perspectivas ou desejos para o futuro*, indicando uma dificuldade de atribuir sentido e significado para suas vidas:

“Não imagino (o futuro), me imagino não fazendo nada, só sentada na frente da TV assistindo televisão [...] expectativa, projeto de vida eu não tenho assim, eu vivo um dia depois do outro.” (P 1)

“Não sei, não tenho esperança, eu não tenho... como é que eu vou te dizer, rumo certo, eu não tenho rumo para onde seguir.” (P 2)

“Eu não tenho planos, tem uma frase que eu e meu marido usamos ‘o plano é não ter plano’, sabe por que? é que antigamente eu fazia muito plano, nenhum deu certo, então eu não planejo mais nada.” (P 5)

“Eu só queria sair desse mundo [...] não desejo mais nada, sabe [...] nem ser feliz mais.” (P 10)

“Ah, eu não tenho muito plano pro futuro não, não sou muito de pensar em futuro não [...] eu acho que eu não podia esperar muita coisa, assim, porque eu nunca tive, assim,

pensamento de querer alguma coisa porque, aí, eu já via tanta desgraça em casa assim quando era novinha, era criança, aí não tinha muita esperança, tinha muita coisa, só coisa ruim na minha mente.” (P 11)

A falta de projetos, perspectivas e desejo para o futuro presentes nos relatos da maioria das participantes pode ser analisada a partir de duas perspectivas distintas. Por um lado, algumas participantes não reconhecem efetivamente terem um projeto, por outro, para algumas (como a 1 e 5) o projeto de vida é não fazer planos, apenas seguir o fluxo da vida, assim, não se trata essencialmente de uma falta de projeto, mas de um projeto sem desejos, metas e objetivos definidos. Nesse sentido, não há, conforme proposto por Velho (1997), uma ação consciente e concreta na condução de seus projetos pessoais, uma vez que um projeto “implica algum tipo de avaliação, uma estratégia, um plano para realizar certas metas, uma noção de tempo com etapas se encadeando. O projeto individual propriamente dito constrói-se através de uma ideia mais ou menos elaborada de biografia, de uma história de vida.” (Velho, 1997, p. 72). Portanto, a transformação de um projeto em realização, requer decisões e ações concretas (Alves, 2016), o que parece estar ausente entre algumas participantes deste estudo.

Se por um lado há falta de ações concretas, de comprometimento e de direcionamento dos projetos pessoais, por outro, frente às dificuldades vivenciadas, algumas participantes (como a 2, 10 e 11) manifestaram uma desesperança em relação à vida, e como consequência, uma impossibilidade de se permitir desejar e estabelecer projetos de futuro. De fato, condições de vulnerabilidade e de precariedade de vida, restringem possibilidades de futuro (Albuquerque & Nóbrega, 2016; Scott, 2018; Zampieri, 2013). Além disso, o adoecimento psíquico limita a construção e viabilização de projetos de vida, comprometendo os avanços das trajetórias pessoais (Moura, 2016). Considerando que a maioria das participantes deste estudo teve e tinha uma realidade de vida marcada por diferentes vulnerabilidades e sofrimentos, é possível compreender a dificuldade de muitas delas vislumbrarem possibilidades mais viabilizadoras de futuro.

Especificamente entre as participantes cujas trajetórias foram predominantemente marcadas por diferentes dificuldades psicossociais, por vezes torna-se difícil estabelecer projetos de futuro que pareçam tangíveis e com os quais possam envolver-se e comprometer-se em realizá-los. Somado a isso, o estigma e as diferentes barreiras interpostas na trajetória de pessoas que fazem uso abusivo de drogas representam um complicador para a construção e concretização de projetos de vida (Levy, 2015; Pires, 2011; Small et al., 2010).

Entretanto, é justamente pelo fortalecimento e resgate de projetos pessoais que um cuidado integral é possível e a partir do qual novas e melhores possibilidades de existência

tornam-se possíveis (Ayres, 2004). Este paradoxo é de um dos desafios técnicos para o cuidado em AD, pois a inviabilização ou corte com o projeto se colocam como uma das determinações do abuso de substâncias e, justamente por isso, a reconstrução ou nova perspectiva para este projeto está na condição da recuperação da dignidade humana, base para ressignificar a função do uso drogas e abrir perspectivas para a superação da dependência (Schneider, Strelow, Levy, 2016).

Além das dificuldades gerais presentes na trajetória de vida das participantes e as limitações para o estabelecimento de um projeto daí decorrente, cinco delas (1, 3, 6, 8 e 9) avaliaram *o uso do álcool como impedimento ou limitação para a realização de seus projetos*:

“O álcool atrapalha em tudo né, e me atrapalha em tudo que eu pensaria em fazer.” (P 1)

“Não imaginava nada pra minha vida, eu ia trabalhar bêbada e vinha bêbada pra casa.” (P 9)

Ainda em relação ao álcool, para as participantes 1, 3, 6, 7, 8 e 11, *o seu maior desejo para o futuro é parar de beber*:

“Eu quero pro meu futuro, quero parar de beber [...] parar de beber, esse é o principal.” (P 6)

“O meu maior desejo é deixar de beber, esse é o meu maior desejo, meu maior sonho.” (P 11)

A relação entre uso do álcool e projeto de vida apareceu de forma nítida nas narrativas das participantes, sendo o consumo entendido principalmente como empecilho para realizações pessoais e, ao mesmo tempo, o desejo de parar de beber como propulsor dos desejos de futuro. Em consonância com esse fato, outros estudos com mulheres que faziam uso abusivo do álcool, também identificaram que o uso da substância comprometia seus projetos pessoais na esfera pessoal, profissional, social e relacional (Esper et al., 2013; Pillon et al., 2014; Zampieri, 2013).

Frequentemente o abuso do álcool traz complicações em diferentes esferas de vida das pessoas (Grittner et al., 2021), comprometendo de forma significativa seus projetos de vida (Pires, 2011). Especificamente entre o público feminino, os estudos de Silva e Lyra (2015) e Esper et al. (2013) destacaram a necessidade do acolhimento das mulheres e que os próprios serviços especializados pautem suas práticas de cuidado tendo como foco os projetos de vida pessoais. Isso porque, considerando o proposto por Velho (1997), os projetos são dinâmicos e podem ser sempre alterados e, portanto, o processo de cuidado configura-se como uma oportunidade para a (re)construção de projetos pessoais (Ayres, 2004).

Destaca-se ainda que o uso abusivo do álcool e/ou outras drogas pode resultar em uma relação de dependência com a substância e, por consequência, é possível que a própria relação do sujeito com o mundo fique limitada e fragilizada, uma vez que sempre mediada pela substância psicoativa. Entretanto, o uso envolve uma escolha pessoal, que se associa com o projeto de ser do sujeito e, nesse sentido, é preciso compreender qual a função que o consumo da droga exerce na sua história (Schneider et al., 2016) – função que não é a mesma para todos os sujeitos e nem em todos os momentos e contextos. Para as participantes deste estudo, o álcool esteve associado ao seu projeto de vida de diferentes formas e com funções distintas, ora representando um limitador, ora movendo-as em busca de um futuro de cessação de uso.

### 6.1.5 Relação com o álcool

A quinta categoria trata especificamente da relação das participantes com o álcool, apresentando mais detalhadamente alguns elementos sobre o uso do álcool, aspectos sociais do uso, funções do uso do álcool, prejuízos do uso abusivo e sobre a interrupção ou redução do uso do álcool.

Quadro 7 – Relação com o álcool

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
<b>5. Relação com o álcool</b>	5.1 Sobre o uso do álcool	Tempo de início do uso	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Motivações e contextos de início do uso	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Motivações atuais para o uso do álcool	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11
		Padrão e frequência atual de consumo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Tipo de bebida ingerida	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Histórico do uso abusivo e sintomas de abstinência	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Rotina e contexto de uso do álcool	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11
	5.2 Aspectos sociais do uso do álcool	Concepções pessoais e sociais acerca do beber	2, 4, 5, 6, 8, 10, 11
		Influência de outras pessoas para o uso abusivo	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Uso do álcool em conjunto com o companheiro	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11
5.3 Funções do uso do álcool	Uso do álcool proporciona mais disposição e felicidade	1, 2, 4, 7, 8, 11	



		O álcool acalma e traz alívio para dores e sofrimentos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11
		Uso do álcool como estratégia de fuga da realidade	2, 3, 4, 5, 6, 7, 11
	5.4 Prejuízos do uso abusivo do álcool	Uso do álcool trouxe perdas e conflitos familiares	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11
		Uso do álcool trouxe prejuízos para sua vida laboral	1, 4, 6, 8,
		Prejuízos físicos, cognitivos e comportamentais	1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
		Uso abusivo do álcool a coloca em risco e compromete seu autocuidado	4, 6, 7, 8, 9, 11
	5.5 Interrupção ou redução do uso do álcool	Decisão e desejo de parar de beber	3, 5, 6, 7, 8, 9, 11
		Redução ou interrupção do uso	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11
		Desafios da interrupção do uso do álcool	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11

Fonte: desenvolvido pela autora

Na primeira subcategoria são discutidos elementos **sobre o uso do álcool** (5.1), contemplando o tempo de início do uso, motivações e contextos de início do uso, motivações atuais para o uso, padrão e frequência atual de consumo, tipo de bebida ingerida, histórico do uso abusivo e sintomas de abstinência e sobre a rotina e contexto de uso do álcool.

Em relação ao *tempo de início do uso*, quatro participantes (4, 5, 6 e 7) afirmaram que haviam iniciado o uso abusivo entre quatro e seis anos atrás, as demais iniciaram há mais de 20 ou 30 anos:

“Faz uns 6, 7, uns 6 anos, eu tomava mas não tomava assim, era final de semana, entende, há uns 6 anos começou assim todo dia, todo dia, todo dia.” (P 7)

“Ai menina, muito tempo, faz mais de 30 anos.” (P 8)

“Meus Deus, a minha filha tinha um aninho, já faz vinte e poucos anos já que eu comecei a beber.” (P 11)

Para a maioria das participantes o tempo de início do uso esteve relacionado às *motivações e contextos de início do uso do álcool*. Tais circunstâncias foram bastante diversas, no caso da participante 1, seu primeiro contato com o álcool foi aos oito anos pela mediação do avô:

“Foi muito interessante porque meu vô, ele veio da Rússia, por parte de mãe, aí então ele tomava uma vodka que ele mandava trazer da Rússia, e ele fazia sorvete, e ele deixava

dentro do congelador do sorvete, ele colocava a vodka junto no congelador assim sabe, então ele sempre me dizia assim ‘vai lá buscar pro vô um pouquinho de vodka’ mas eu nunca vi o meu vô bêbado, nunca, nunca, daí eu botava um tantinho pra mim, porque era gostoso, era licoroso, e tomava, e daí enchia pra ele e levava, eu devia ter uns 8 anos mais ou menos [...] aí só foi aprofundando né.” (P 1)

Apesar da participante ter tido contato com o álcool ainda na infância, o uso tornou-se um problema apenas na vida adulta, quando a vivência de diferentes perdas a levou beber de forma abusiva:

“Meu pai morreu em agosto, a Érica (amiga) morreu em janeiro e minha separação veio em março, daí não tem como não se afundar na bebida.” (P 1)

A participante 4 também atribuiu o agravamento do uso do álcool à perda do pai:

“Eu comecei a fazer isso (uso abusivo) depois do falecimento do meu pai.” (P 4)

A convivência com companheiros que bebiam também foi citada como uma das principais motivações para o início do consumo do álcool:

“Eu não bebia sabe, daí me ajuntei com, não é esse meu marido, o outro, aí ele fazia todo dia de noite a caipirinha, aí comecei a tomar caipirinha com ele, quando eu vi já tava no vício da cachaça.” (P 9)

Assim como as participantes elucidaram as motivações e contextos que contribuíram para o início do consumo, oito delas revelaram as *motivações atuais para o uso do álcool*. As motivações referidas foram diversas e incluem medos, ansiedade, desemprego, problemas relacionais e sentimentos de solidão:

“Tenho medo de sair de casa, daí eu tenho vontade de beber.” (P 3)

“Eu sou muito ansiosa sabe, aí eu, qualquer coisinha, me falou alguma coisinha errada eu já vou pra bebida.” (P 6)

“É um tipo de um escape, porque eu não tava conseguindo emprego.” (P 4)

“Quando eu fico...quando eu fico só.” (P 7)

As participantes do presente estudo atribuíram a diferentes motivações e contextos o início e a continuidade do uso abusivo, dentre os quais destacaram perdas, separações e conflitos familiares, dados que correspondem aos já encontrados em outras pesquisas (Cugler & Figueiredo, 2021; Silva; 2012; Silva & Lyra, 2021; Soccol et al., 2018; Takahara et al., 2017). Ainda em consonância com os resultados deste estudo, a pesquisa de Esper et al. (2013) que teve como objetivo de identificar características sociodemográficas e clínicas de mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool, verificou que o tempo de início do uso variou de 10 a 59 anos e entre as principais situações consideradas disparadoras para o uso abusivo

foi a morte de familiares, mudanças na dinâmica familiar e dos papéis sociais da mulher, dificuldades nas relações afetivas e por incentivo do companheiro. Stanesby et al. (2018) também identificaram influência do companheiro como estímulo para o uso do álcool. Já Soccol et al. (2018) verificaram que, além da influência de pessoas com quem convivem, perdas e conflitos familiares foram os principais fatores associados ao início e manutenção do uso do álcool entre as mulheres pesquisadas.

No presente estudo, os relatos das participantes indicaram a multiplicidade de fatores envolvidos com o início e manutenção do uso abusivo do álcool, além de evidenciarem que o uso ocorreu em fases distintas da vida. Neste sentido, corrobora com os achados da pesquisa de Silva e Lyra (2015) que identificou que o uso do álcool se deu em diferentes fases do ciclo desenvolvimental em mulheres com características sociodemográficas distintas. Tal fato demonstra que se trata de um fenômeno complexo, impossível de se estabelecer relações de causalidade únicas e deterministas.

Os resultados aqui identificados correspondem, portanto, a dados já identificados em outros estudos, entretanto, é preciso que se considere que não há padrões homogêneos e reproduzíveis, mas sim, trajetórias únicas e singulares que se relacionam com o abuso do álcool. Neste sentido, apenas a partir de uma análise ampla e singular das histórias individuais constituídas em um determinado tempo e contexto será possível uma melhor compreensão de como o álcool se insere na vida destas mulheres, qual o espaço que ele ocupa e que função ele acaba por exercer em suas trajetórias pessoais.

Em relação ao *padrão e frequência atual de consumo do álcool*, seis participantes (1, 3, 4, 8, 9 e 11) afirmaram que estavam sem fazer o uso da substância há pelo menos uma semana. Das cinco (2, 5, 6, 7 e 10) que estavam consumindo o álcool, duas (6 e 10) expuseram que mantinham um padrão de uso frequente e abusivo, e três (2, 5 e 7) mencionaram que continuavam a beber mas tinham reduzido o consumo.

“Fez 7 dias que parei de beber, graças à Deus eu melhorei, aí já se sinto melhor de novo.” (P 9)

“Nós bebia só final de semana, agora já não é mais final de semana, é todo dia, sabe [...] daí nós tomamo, acho que tomamo umas 5, 6 daquela garrafa (de 500ml de cachaça), que aquilo ali pega rápido né, daí a gente fica até as 5, 6 horas da manhã acordado, daí o que que acontece, eu já não consigo mais dormir, daí já vai de novo, vai pro mercado comprar cerveja ou alguma coisa, aí vira dois, três dias bebendo.” (P 6)

“Que todo dia, umas 6 horas da noite eu vou abrir a garrafa de vinho [...] de duas garrafas de vinho por dia eu consegui baixar pra uma, e de um fardo de cerveja por dia no fim de semana consegui baixar pra três latinhas, então, consegui reduzir quantidade.” (P 5)

Ao abordarem a frequência e padrão do consumo, seis participantes afirmaram que não estavam fazendo o uso do álcool há pelo menos uma semana e três consideravam que estavam diminuindo o uso, sinalizando, inclusive, uma estratégia de RD. Por outro lado, especificamente a participante 6, demonstrou a permanência de uma rotina de uso excessivo. Ao falarem sobre a frequência do consumo, as participantes compartilharam também qual era o *tipo de bebida ingerida* com maior frequência, tendo esta variado entre cerveja, vinho, destilados e álcool de cozinha:

“A maioria destilado, vodka, conhaque.” (P 3)

“Sempre o vinho e a cerveja também eu uso.” (P 5)

“Cachaça mesmo, às vezes é vodka, é raro vodka, é mais cachaça.” (P 6)

“Faz muitos anos que eu tomo só cerveja, mais nada.” (P 11)

Já as participantes 1, 4 e 8 relataram terem feito o uso do álcool de cozinha e demonstraram o quanto isso significou um agravamento do seu problema com o álcool:

“Dois anos antes de eu me aposentar eu comecei a tomar álcool de cozinha lá (no trabalho), porque ninguém descobria, ninguém via, aquilo ali era um material de limpeza que eu podia dizer que eu tava limpando a minha mesa, então eu comecei a tomar álcool de cozinha, daí pra mim foi uma decadência total.” (P 1)

“Eu tava utilizando o álcool para limpar a minha casa e nisso eu comecei a sentir aquele cheiro, aí pensei 'porque não?', é que nem cachaça [...] Aí peguei um copo, botei um tanto assim de água e um pouquinho de álcool e foi ali por diante que eu comecei, ali que eu comecei pegar o gosto.” (P 4)

Os relatos destas participantes demonstram que a utilização do álcool de cozinha representou o início e/ou intensificação dos problemas com o álcool, contudo, outros tipos de bebidas também trouxeram complicações para a vida das participantes, deste modo, não é possível atribuir unicamente à substância as complicações advindas do consumo. Nesse sentido, Paiva e Costa (2017) destacam que não é a substância em si que se constitui um problema, mas sim a relação que o sujeito estabelece com ela. Sendo necessário, portanto, um olhar ampliado sobre o fenômeno, que ultrapasse a esfera única e exclusiva da substância (Lancetti, 2014).

Frente às diferentes experiências com o uso do álcool e o tipo de bebida ingerida, nove participantes falaram sobre seu *histórico do uso abusivo e sintomas de abstinência*, e compartilharam exemplos de tais situações:

“Eu ficava deitada, bebendo como uma doida [...] era de manhã à noite bebendo.” (P 7)

“Amanhecia bebendo, dia e noite.” (P 3)

“Desde a semana passada assim, primeira sensação foi assim de agonia, foi de agonia, agonia, agonia, agonia, a minha vontade era de fugir, eu não tava assim, eu me tremia toda sabe [...] aí me dá aquela vontade assim, a minha vontade agora é de pegar assim oh e, e ir no vizinho, alguma coisa, e pedir álcool.” (P 4)

“Duas vezes me deu abstinência, [...] aí eu acordei com aquela, dói muito aqui oh, a nuca, tem horas assim que parece que vai explodir [...] dor de cabeça, a minha boca tava colando.” (P 8)

A presença da síndrome de abstinência, caracterizada como um dos sintomas dos transtornos por uso de substâncias conforme critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - V (DSM-V), envolve uma série de desconfortos causados pela ausência da ingestão da substância, o que, frequentemente, leva o sujeito a fazer novamente o uso da droga no intuito de reduzir tais desconfortos (APA, 2014). No presente estudo, a sintomatologia da abstinência como uma das formas de caracterização do uso abusivo do álcool foi expressada por algumas das participantes, resultado que vai ao encontro dos achados de outras pesquisas que também verificaram a presença do uso abusivo e o sintoma da abstinência enquanto manifestação dos problemas relacionados ao uso do álcool entre as mulheres pesquisadas (Esper et al., 2013; Pillon et al., 2014).

As participantes desse estudo narraram experiências de uso contínuo e abusivo da bebida alcóolica, por vezes, resultando em sintomas de abstinência. Entretanto, apesar de ainda ser bastante recorrente uma visão patológica, individual e culpabilizante dos problemas relacionados ao uso do álcool (Sanches et al., 2018), é preciso que o entendimento do fenômeno não se reduza a sinais e sintomas para critérios diagnósticos. A compreensão do problema do abuso do álcool pautada unicamente na perspectiva fisiológica incorre no risco da rotulação do dito “doente”, sob uma lógica biomédica, individualizante e que desconsidera a complexidade do fenômeno (Barbosa, 2008). Nesse sentido, o presente estudo propõe um olhar ampliado para as histórias e trajetórias de vida destas mulheres, demonstrando que o uso abusivo do álcool se constitui como um, entre tantos outros elementos que compõem suas vidas.

No que se refere às vivências relativas ao consumo, dez participantes detalharam como era a *rotina e contexto de uso do álcool*, que se dava, predominantemente, como uma ação

solitária e restrita ao contexto de moradia. A participante 11 falou sobre seu ritual diário e solitário do uso do álcool e indicou que o considerava como um momento de bem-estar:

“Bebo em casa, só em casa, ligo meu som lá, boto meu banquinho lá no cantinho, fora, não bebo dentro de casa, fico lá fora bebendo e escutando música, como diz a minha psicóloga, a cerveja é a minha companheira.” (P 11)

Para a participante 1, o isolamento também representava um elemento central em sua rotina de uso:

“Eu bebo sozinha [...] me isolo para beber [...] bebia quando ela (filha) não tava, pra ela não ver e não se chatear, e bebia sozinha... e ficava sapateando em casa pra ela sair de casa, pra ir pra academia, pra ir pra faculdade, pra eu fazer o uso, e já no, eu acordava e já fazia o uso, eu nem tomava café, nada.” (P 1)

Ao contrário da participante 1, a participante 5 relatou que quando estava sozinha não sentia vontade de beber, era a presença do marido que desencadeava o consumo do álcool:

“É que quando eu tô sozinha, se eu tô 100% sozinha, eu nem penso em beber, mas... enfim, chega o meu marido, ele chega em casa, aí eu já bebo.” (P 5)

Outro elemento relevante na rotina do uso destacado pelas participantes é o fato de que oito delas (1, 3, 5, 7, 8, 10 e 11) faziam o uso do álcool exclusivamente no ambiente doméstico, demonstrando o caráter privativo e velado do beber:

“Bebia em casa, comecei a comprar (bebida) e levar pra casa [...] bebia sozinha em casa.” (P 3)

“Só bebo em casa.” (P 7)

As rotinas do consumo do álcool, marcadas majoritariamente pelo isolamento, no contexto do lar, denuncia o aspecto velado do consumo, algo representativo e recorrente quando se trata do uso do álcool por mulheres. Como o beber ainda é, predominantemente, compreendido como um comportamento masculino, mulheres que fazem o uso abusivo do álcool frequentemente são julgadas e estigmatizadas. Frente a sentimentos de culpa e vergonha e na tentativa de esconder o uso, estas mulheres tendem a se isolar, o que acaba por gerar e/ou acentuar sentimentos de solidão e potencializar o uso do álcool (Albuquerque & Nóbrega, 2016; Bolzan, 2015; Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Lima et al., 2017a; Macedo et al., 2018; Martins & Nascimento, 2017; Rasch et al., 2015; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015).

A vivência da solidão e isolamento entre mulheres que fazem uso abusivo do álcool também foi identificada em outras pesquisas (Esper et al., 2013; Litt et al., 2015; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015). Em contraponto, conforme pôde ser verificado no estudo de Tyler et al.

(2019), há um movimento de ruptura com essa lógica de que o beber feminino é algo velado, restrito ao contexto de casa, tendo as mulheres cada vez mais ocupado espaços públicos e feito destes também espaços para o uso. Esse processo pode representar, assim como indicado por Corradi-Webster (2009), a busca das mulheres por maior liberdade e igualdade de gênero.

Os **aspectos sociais do uso do álcool** (5.2) é a segunda subcategoria sobre a relação com o álcool e apresenta as concepções pessoais e sociais acerca do beber, a influência de outras pessoas para o uso abusivo e sobre o uso do álcool em conjunto com o companheiro. As *concepções pessoais e sociais acerca do beber* foram expostas por sete participantes. A participante 5 fez uma análise crítica sobre tais concepções e questionou a categorização das pessoas em rótulos e diagnósticos:

“Eu também não sei, se eu sou viciada ou não, eu sou viciada? Eu não sei se eu posso me considerar viciada, assim, eu vejo pessoas que tão numa situação bem pior que eu, e também não se considera viciada, então, será que é um rótulo que colocam na nossa testa ‘aqui tá a viciada’, quem é viciada ou não? Você pode ser viciado em jogo, a minha mãe, ela é viciada em jogo.” (P 5)

A participante falou ainda sobre os julgamentos sociais e os fatores envolvidos no ato de beber:

“Eu acho que assim, gente pra julgar, isso em toda esquina, você tá andando na rua tem milhares de pessoas pra te julgar, então você é julgado pela rede social, você é julgado pela mídia, você é julgado pela imprensa, você é julgado pela família, gente pra te julgar tem muitas, agora pra te acolher, pra entender o que fez você chegar até ali, ninguém nasce delinquente, ninguém nasce viciado, você não vê um neném bandido, né? É aquela sequência de coisas que deram errado na vida de uma pessoa que vai fazer com que ela se torne um delinquente, que ela use uma droga, que use o álcool.” (P 5)

A reflexão proposta pela participante evidencia seu posicionamento crítico frente à culpabilização e enquadramentos irrestritos a diagnósticos, especialmente de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Ao propor um olhar ampliado sobre essa questão, sua análise converge com a proposta dos DSS que enfatiza a multideterminação de fatores envolvidos no processo saúde-doença (Buss & Pellegrini Filho, 2007). A participante 5 foi a única que expressou tal posicionamento e questionamento, demonstrando uma percepção mais próxima dos pressupostos da Atenção Psicossocial. As outras seis participantes que falaram sobre as concepções pessoais e sociais acerca do beber, endossaram as expectativas sociais prevalentes em relação ao uso do álcool e ao papel da mulher:

“Porque é feio uma mulher beber, homem já é feio, imagina uma mulher né.” (P 6)

“Ai pra mim é a destruição, é o fim da, da pessoa assim sabe, pra chegar lá, uma mulher, principalmente uma mulher, pro homem já é feio né, e a mulher deixar se levar pelo álcool? mas eu acho que é desgosto, né.” (P 10)

“Aí eu ia ali (na lanchonete), eu tomava uma cervejinha, só que eu dizia 'me dá uma de latinha e um guardanapo' que daí eu colocava o guardanapo envolta pras pessoas que tavam em volta não verem que tava tomando cerveja.” (P 8)

Os relatos das participantes revelam a presença de sentimentos de vergonha e culpa pelo uso do álcool, sentimentos que são potencializados pelo fato de serem mulheres, já que, segundo elas, esse não é um comportamento esperado e adequado para uma mulher. Essas concepções vão ao encontro da expectativa social predominante que pressupõe que o abuso do álcool não corresponde ao comportamento feminino (Alzuguir, 2014; Campos & Reis, 2010; Corradi-Webster, 2009; Lima, et al., 2010; Lennox et al., 2018; Pierry et al., 2021; Santos & Romanini, 2019; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015; Silva & Lyra, 2015) e reforçam todo o estigma envolvido no beber feminino.

Historicamente a questão do uso do álcool e outras drogas foi tema restrito ao universo masculino (Bolzan, 2015; Cugler & Figueiredo, 2021), tendo sido atribuído à mulher o papel do cuidado e não de alguém que faz o uso da substância (Pierry et al., 2021; Sanches et al., 2018). Tais concepções são carregadas de estigmas de gênero o que, no presente estudo, acabou sendo endossado pelas narrativas das próprias participantes. Fato também verificado entre as mulheres que participaram do estudo de Benevides e Boris (2020), que, embora reconhecessem e discordassem das desigualdades de gênero, acabavam por reproduzi-las em suas falas. Estes dados sinalizam o quanto culturalmente estão arraigadas concepções marcadas pelo machismo e pela desigualdade de gênero, o que torna mais difícil a ruptura da lógica vigente.

Os aspectos culturais e relacionais trouxeram diferentes implicações para a trajetória de vida das participantes deste estudo. Para nove delas, houve *influência de outras pessoas para o uso abusivo* do álcool, frequentemente se tratava de pessoas próximas:

“Começou com os amigos [...] com os colegas de trabalho [...] Tudo bêbado, tudo bêbado, e os que não são bêbado usam droga, os meus colega de trabalho.” (P 3)

“Meu Deus, como que eu vou me livrar da bebida? faz uma reunião de família é bebida, faz, venham passear aqui em casa, passar o final de semana aqui em casa é bebida, vai numa festa de aniversário, é bebida, então é a família gerada na bebida, entendeu, é difícil.” (P 10)

Dentre as pessoas que contribuíram para o uso abusivo, oito participantes citaram o *uso do álcool em conjunto com o companheiro* como uma prática recorrente, o que teria favorecido o início e a intensificação do uso:



“Quando eu casei, eu comecei a ingerir todo dia porque ele (ex marido) também ingeria, daí eu acompanhava ele, então eu comecei a ingerir todo dia.” (P 1)

“Quando eu fiquei com ele (ex companheiro), daí ele trazia bebida sempre e daí a gente tomava junto, daí no começo não era todo dia, depois começou todo dia.” (P 7)

“Ele (companheiro) acompanhava na bebida. Daí, aí eu ficava em casa, eu ficava em casa, ele deixava cachaça pra mim, ia buscá cachaça pra nós tomar.” (P 9)

A mediação social para o uso do álcool foi uma realidade para estas participantes, sendo que a família, amigos, colegas de trabalho e o companheiro representaram as principais influências sociais para o uso. Em concordância com estes dados, o estudo de McCutcheon et al. (2016) verificou que vínculos próximos com pessoas que fazem uso abusivo do álcool atuaram como um fator propulsor para o consumo entre as mulheres participantes do estudo. Especificamente no que se refere às relações mais íntimas, a pesquisa de Stanesby et al. (2018) confirmou que a convivência com parceiros que bebem contribui para o consumo abusivo.

Outras pesquisas também comprovaram a influência do companheiro para o abuso do álcool por mulheres (Araújo, 2010; Deus, 2012; Marangoni & Oliveira, 2013; Pollitt et al., 2020; Soccol et al., 2018; Zampieri, 2013), evidenciando o impacto das relações sociais, especialmente as mais íntimas, sobre o uso abusivo. Assim, coloca-se uma situação ambivalente, pois, se por um lado as relações sociais podem representar um fator de proteção, por outro, podem ser um fator de risco (França et al., 2018; Gomes & Brilhante, 2021; Heredia et al., 2017; Macedo et al., 2018; Nardi et al., 2017; Tracy et al., 2016). Portanto, para que se compreenda o fenômeno do abuso do álcool, é preciso considerar também as características das relações sociais estabelecidas e as funções que o álcool exerce na vida destas mulheres.

As **funções do uso do álcool** (5.3) na trajetória de vida das participantes também foram expressadas por elas, estando predominantemente relacionadas à atribuição do álcool como fonte de disposição e felicidade, como meio para acalmar e trazer alívio para dores e sofrimentos e como estratégia de fuga da realidade. Seis participantes afirmaram que o *uso do álcool proporciona mais disposição e felicidade*:

“Dá uma sensação de alegria.” (P 7)

“Pode cair o mundo, eu to bebendo ali sossegadinha. Eu me sinto até feliz quando eu tô bebendo.” (P 11)

“Parece que eu ficava mais feliz [...] eu ficava mais alegre, mais solta.” (P 8)

“Ai eu me sinto mais animada, fica animada, eu passo roupa, eu limpo a casa, eu faço, limpo parede, eu fico que é uma lagartixa né, limpo tudo, e quando eu não uso álcool eu só quero dormir, só dormir, dormir.” (P 2)

A função do álcool mais citada pelas participantes referiu-se ao fato de que *o álcool acalma e traz alívio para dores e sofrimentos*, tendo sido mencionada por oito participantes que destacaram a função medicalizante da substância:

“Eu fico calma, pra assim, se eu tomar o álcool e eu ficar na minha, pra mim é maravilhoso, é maravilhoso, é um calmante, eu esqueço de tudo.” (P 4)

“O uso do álcool continuou pra aliviar as dores [...] não só as do corpo, talvez as da alma também.” (P 5)

“O álcool é meu tudo, se eu pudesse resumir assim, é o que me alivia de tudo.” (P 1)

“Parece que (o álcool) te anestesia, te tira tudo aquilo que tu passou, que tá passando, ela acalma, ela me acalma.” (P 6)

Sete participantes citaram ainda a função do *uso do álcool como estratégia de fuga da realidade*, uma vez que proporciona um distanciamento dos problemas atuais e das lembranças difíceis:

“Uma válvula de escape [...] dos sentimento ruim, das lembranças.” (P 3)

“Eu só via a minha saída pra mim me esquecer de tudo, era beber e aí pronto.” (P 11)

“Eu passei a vida tentando me matar, eu acho que o que eu faço com a bebida e tal, é uma forma assim de viver sem viver [...] o álcool representa para mim uma bengala, uma válvula de fuga assim, acho que pra fugir.” (P 5)

As principais funções atribuídas pelas participantes ao uso do álcool foi enquanto recurso viabilizador de momentos felizes, como estratégia de alívio para dores, sofrimentos e como mecanismo de afastamento da realidade. Deste modo, evidenciaram as duas faces - ora opostas, ora complementares – de sua função: se por um lado o álcool pode proporcionar momentos de alegrias e disposição para viver o aqui e agora, por outro, atua como fator de desconexão da realidade e dos problemas que a compõe.

O uso do álcool tem diversas motivações e funções (Ait-Daoud et al., 2017), exemplo disso é que o cenário da pandemia da COVID-19 demonstrou que diferentes fatores ambientais, econômicos e sociais favorecem o uso do álcool, que passa a ser potencializado como estratégia para lidar com as dificuldades advindas do contexto pandêmico (OPAS, 2020; Schmidt et al., 2021). Entretanto, neste estudo, realizado antes do início da pandemia, as funções mais recorrentes verificadas convergiram com as já encontradas em pesquisas anteriores, incluindo alívio para sofrimentos e distanciamento das lembranças e experiências difíceis (Cugler & Figueiredo, 2021; Deus, 2012; Gomes & Brilhante, 2021; Lima et al., 2018; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015).

Em consonância com os achados deste estudo, na pesquisa de Silva e Lyra (2015) as participantes destacaram a função de alívio e de redução da ansiedade proporcionados pelo álcool. Já no estudo de Lima et al. (2018) sobre os significados atribuídos à drogas, ao falarem sobre suas funções, os participantes destacaram o uso enquanto estratégia “para aliviar o sofrimento causado por perdas, saudade, solidão, vivenciados no cotidiano. Nessa perspectiva, a droga psicoativa apareceu como forma de reprimir os sentimentos negativos, como dor e tristeza proporcionados por situações desagradáveis.” (Lima et al., 2018, p.155). Assim como em outras pesquisas, no presente estudo a função majoritária do álcool se referiu ao aspecto medicalizante, atuando no apaziguamento de diferentes sofrimentos, ainda que, muitos deles, inerentes à própria condição humana.

Considerando que as trajetórias de vida de muitas das participantes deste estudo foram marcadas por experiências de sofrimentos e dificuldades, e diante disso o uso do álcool constitui-se como recurso para o alívio de dores “não só as do corpo, talvez as da alma também” e como “válvula de escape” para os problemas da vida, torna-se imprescindível que se amplie a compreensão do problema, sem os reducionismos que por vezes imperam no entendimento do fenômeno. Ademais, propiciar um cuidado e atenção integral à saúde destas mulheres requer compreender os diversos determinantes envolvidos no abuso do álcool e suas repercussões distintas.

Em relação aos **prejuízos do uso abusivo do álcool** (5.4), as participantes associaram o uso às perdas e conflitos familiares, prejuízos para a vida laboral, prejuízos físicos, cognitivos e comportamentais e o fato do uso abusivo do álcool as colocarem em risco e comprometer seu autocuidado. Nove participantes salientaram que *o uso do álcool trouxe perdas e conflitos familiares*:

“Daí eu tomava na frente dele (filho) mesmo, daí eu pedia pra ele não contar pro pai, eu tentava esconder mas não tinha como porque meu marido chegava e já descobria que eu tinha tomado, aí nós começamos a brigar bastante, daí foi nisso que eu resolvi procurar ajuda.” (P 3)

“Ele (filho) não gosta de saber que tô bebendo, ele nem vai lá em casa mais, quando ele sabe que eu tô bebendo, ele não vai.” (P 11)

Os conflitos e distanciamentos familiares em função do uso do álcool apareceu de forma marcante no relato das participantes, confluindo com os dados encontrados por Sharma et al. (2017) e Esper et al. (2013) que identificaram a recorrência de conflitos familiares entre mulheres que faziam o uso abusivo do álcool. Ainda em relação ao contexto familiar, os achados de Melo e Corradi-Webster (2016) verificaram que o consumo do álcool interferiu na

experiência da maternagem entre as participantes do estudo, trazendo diferentes dificuldades, o que foi potencializado pelo fato de serem mulheres e de haver uma expectativa de que, como mulheres, fossem as responsáveis pelo cuidado familiar.

O distanciamento dos familiares também foi um fato verificado por Takahara et al. (2017), cujos participantes do estudo revelaram o abandono pela família. Esta, por seu turno, frente às dificuldades em lidar com os problemas que envolvem o abuso do álcool, tende a distanciar-se (Guimarães et al., 2019), adotando, por vezes, atitudes de vigilância e controle (Borges & Schneider, 2020; Ebling et al., 2020; Guimarães et al., 2019; Macedo et al., 2018; Rodrigues & Krindges, 2017; Sanches et al., 2018), o que, na perspectiva das participantes deste estudo, acaba por intensificar os conflitos.

Quatro participantes citaram também que o *uso do álcool trouxe prejuízos para sua vida laboral*, resultando desde mudanças de setor no trabalho, dispensas temporárias, até demissão em função do uso do álcool:

“Eu fui várias vezes dispensada e ainda bem que não fui presa porque é questão de prisão beber em serviço [...] eu não tinha mais porte de arma, porque desde que eu tive problema psicológico eles tiraram o meu porte de arma e passei a trabalhar no 190 [...] e depois lá dentro eu me isolei assim também, porque não era o que eu queria né, não era o que gostava de fazer.” (P 1)

“Aí eu trabalhava lá (empresa de limpeza), aí eu trabalhei 10 anos, aí quando eu comecei o vício eles descobriram, porque no local do meu trabalho, eu tinha, tinha que utilizar álcool [...] descobriram num dia que eu peguei, tinha tomado demais e eu acabei caindo, acabei caindo assim do nada, aí cheguei desmaiar [...] aí quando eles me levaram pro hospital eles fizeram exame de sangue e lógico, apareceu né, tanto é que quem tava lá comigo era minha encarregada [...] aí depois ela me disse ‘infelizmente eu vou ter que te despedir’.” (P 4)

“Eu já perdi serviço por causa do álcool, fui trabalhar bêbada, agora nesse meu último, tava trabalhando numa pizzaria, fui trabalhar bêbada, perdi, por causa da bebida.” (P 6)

Os prejuízos decorrentes do abuso do álcool na esfera profissional que foram aqui identificados, corroboram com os achados de outras pesquisas (Esper et al., 2013; Grittner et al., 2021; Rodrigues & Krindges, 2017; Silva, 2012). No entanto, com exceção da participante 1 que teve um trabalho formal como servidora pública, as demais participantes tinham histórias laborais marcadas pela informalidade, baixa remuneração, pouco prestígio e reconhecimento, realidade que também foi verificada em outros estudos (Gaino et al., 2019; Gomes & Brilhante, 2021; Pillon et al., 2014; Santos et al., 2019; Silva et al., 2019). Neste cenário, cabe considerar que as perdas que o uso do álcool trouxe para estas mulheres em relação à vida laboral acabou

por acentuar um problema já existente, que refere-se principalmente à precarização de suas condições de trabalho. Assim, parece limitado e inapropriado supor que o uso do álcool é o único responsável pelas limitações das trajetórias profissionais destas mulheres.

Para além das consequências no âmbito familiar e profissional, *prejuízos físicos, cognitivos e comportamentais* associados ao uso abusivo do álcool também foram citados pelas participantes. Nove delas destacaram aspectos relacionados ao esquecimento, agressividade, tremores nas mãos e desânimo:

“Se eu tomasse álcool agora tá, aí eu vou fazer uma coisa, aí no outro dia eu não sei o que que eu fiz, eu não me lembro.” (P 4)

“Porque no outro dia eu não me lembro de nada que eu fiz.” (P 6)

“Com álcool na cabeça [...] eu, eu fazia muita loucura, é, assim, a gente vê coisas onde não existe, sabe?” (P 8)

“Eu voltei a ser agressiva, eu comecei a chorar de novo, meu coração acelerou.” (P 10)

“As minhas filhas me convidavam pra ir no restaurante, [...] eu falei 'não, vão vocês gente, eu não vou' [...] eu não vou porque como que eu vou comer aqui oh, assim, oh, tremendo? eu não conseguia levar o garfo na boca, que não consegue, não consegue, tu não tem, tu não tem firmeza, e eu vou lá comer com colher, fazer vergonha pra minhas filhas né, aí dizia 'não, então deixa a mãe em casa'.” (P 8)

“Perdi aquele meu ânimo e só dormia.” (P 4)

Seis participantes também consideravam que o *uso abusivo do álcool a coloca em risco e compromete seu autocuidado*, em seus relatos é possível identificar diferentes episódios e situações que confirmam tal fato:

“Eu não vou beber mais porque, daí caí um tombo, aí eu me machuquei aqui assim e é ruim pra andar agora, eu tava bêbada.” (P 9)

“Naquela hora ali (que estou bêbada) me transformo sabe, é assim que fico, daí eu quero chutar o balde, daí eu não quero saber mais de nada e quero que tudo se dane, sabe, bem assim é, se eu for botada na rua, que se dane, pra mim é assim quando eu tô bêbada, né, quando eu ingiro álcool, pra mim que se dane tudo, o mundo.” (P 6)

“Que era (bebida) de manhã à noite, sabe? Que eu não queria nem comer [...] Eu não dormia, eu fazia comida pra ele (companheiro), mas eu não comia, daí eu vomitava já cedo de manhãzinha.” (P 7)

“Eu me acordo e daí não se alimento, aí só cachaça e paiero, cachaça e paiero.” (P 9)

Os relatos das participantes denotam os diferentes prejuízos pessoais decorrentes do abuso do álcool, dado que corresponde ao encontrado em outras pesquisas (Esper et al., 2013;

Grittner et al., 2021; McCaul et al., 2019; Santos et al., 2019; Silva & Lyra, 2021). O estudo de Esper et al. (2013) sobre as características sociodemográficas de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, verificou, além dos prejuízos sociais, a recorrência de prejuízos físicos e cognitivos como esquecimento, tremores, problemas no sono e diminuição do apetite. Convergindo com estes achados, o estudo de Santos et al. (2019) identificou a presença de tremores, agressividade e tristeza como consequência do abuso do álcool.

Entre as consequências do consumo abusivo do álcool por mulheres, Pillon et al. (2014) também identificaram prejuízos na esfera física e emocional. Especificamente em relação ao comportamento, o estudo de Sharma et al. (2017) sinalizou que o abuso de drogas pode impactar negativamente a vida das mulheres, comprometendo suas relações, seus estilos de vida e seu autocuidado. McCaul et al. (2019) acrescentam que o abuso do álcool por mulheres está associado a diferentes danos físicos e comportamentais. Assim, confirmando dados já presentes na literatura, para as participantes deste estudo os prejuízos associados ao abuso do álcool abrangeram diferentes esferas de suas vidas, incluindo complicações na saúde, nas relações e interações sociais.

A última subcategoria referente à relação da participante com o álcool versa sobre a **interrupção ou redução do uso do álcool** (5.5) e contempla a decisão e desejo de parar de beber, a redução ou interrupção do uso e sobre os desafios da interrupção do uso. Sete participantes expuseram sua *decisão e desejo de parar de beber*:

“Porque eu sou uma pessoa nova, tô estragando a minha vida de varde, sem, sem sentido, então, não compensa [...] eu decidi um dia que eu ia parar [...] daí eu resolvi parar e joguei toda cerveja que tinha em casa, joguei tudo fora e tô até hoje sem tomar nada.” (P 3)

“Eu quero me livrar disso (álcool), isso pra mim não... só vai me destruir.” (P 6)

As afirmações das participantes sugerem que a decisão e o desejo de parar de beber associa-se à noção de autodestruição como consequência do abuso do álcool, assim, elas demonstraram um desejo de modificar sua relação com a bebida, seja pela interrupção ou pela redução do consumo. Sobre isso, nove participantes declararam que a condição atual de consumo era *de redução ou interrupção do uso*. Seis delas (1, 3, 4, 8, 9 e 11), contaram que estavam sem fazer o uso do álcool por um período que variou de uma semana até mais de 100 dias:

“Já faz mais de 100 dias que eu não, não utilizo álcool.” (P 3)

“Faz uma semana, fez uma semana ontem que eu não tô bebendo.” (P 11)

Enquanto que para as seis participantes tinha havido a interrupção do uso do álcool, para três (2, 5 e 7), o processo era de redução do consumo:

“Ainda faço o uso, mas reduzi, reduzi.” (P 2)

“Daí tentei reduzir a quantidade, acho que consegui um certo êxito [...] reduzi o consumo.” (P 5)

“Mas quando eu compro uma cervejinha, eu não compro um, compro três latinhas ou duas latinha, entende? Não é aquela coisa mais que era de manhã à noite [...] agora eu tô ficando melhor já.” (P 7)

Destaca-se que entre as participantes que haviam interrompido o uso do álcool, houve a contagem do tempo cronológico em dias que estavam sem beber, lógica que remete a uma noção de abstinência. Sobre a abstinência, Silva et al. (2019) destacam que este princípio muitas vezes se sustenta em dogmas moralistas, de julgamento do certo e errado, distanciando-se dos pressupostos da RD e dificultando o enfrentamento da problemática. Por outro lado, a perspectiva da RD, que apareceu nos relatos das participantes 2, 5 e 7 ao mencionarem a redução do uso e uma conseqüente melhora de sua condição, pressupõe a adoção de estratégias que sejam possíveis para o sujeito, dentre as quais a abstinência pode ser uma delas, mas não a única (Brasil, 2003; Machado et al., 2020).

Diante das dificuldades e prejuízos associados ao uso abusivo do álcool, todas participantes, em algum momento, já haviam tentado interromper o consumo, entretanto, com exceção à participante 8, todas as demais revelaram os diferentes *desafios da interrupção do uso do álcool*. Sete participantes (3, 4, 5, 6, 9, 10 e 11) enfatizaram que entre os principais desafios estava o histórico e o medo de “recaídas”:

“O meu medo é da recaída.” (P 4)

“Eu fiquei sexta e sábado e domingo sem beber, daí bebi no domingo, ele trouxe, daí na segunda não, daí eu recaí na terça-feira.” (P 6)

“Peço pra Deus me ajudar pra mim não recaí mais, não beber.” (P 9)

Frente ao medo da recaída, quatro participantes (2, 3, 4 e 10) contaram que evitavam situações e pessoas que bebiam e que poderiam influenciar o uso do álcool, recurso bastante utilizado em tratamentos pautados na abstinência (Litt et al., 2016; McCutcheon et al., 2016), ainda que tal recurso possa gerar e/ou agravar o isolamento e a solidão. A participante 3 exemplificou esse fato relatando que uma das estratégias que utiliza para manter-se sem consumir o álcool é afastar-se dos amigos:

“Melhor eu nem procurar os amigos que eles vão levar bebida lá em casa, é melhor não.” (P 3)

Outra dificuldade mencionada pelas participantes referiu-se ao fato do álcool ser algo bom e de fácil acesso:

“Porque o que eu tomo é bebida e tá disponível a qualquer, em qualquer supermercado, em qualquer lugar que eu queira né.” (P 1)

“Se eu te disser que eu acho o álcool ruim, não, eu acho bom, eu acho ótimo, o problema é que é bom demais e eu não consigo parar.” (P 5)

Os relatos das participantes clarificam as diferentes dificuldades que envolvem a interrupção do uso, incluindo o medo da recaída e a adoção de diferentes estratégias na tentativa de manterem-se afastadas do álcool e, por outro lado, o reconhecimento de que o álcool é bom e que é fácil acessá-lo. Assim, impõem-se a necessidade de olhar para a questão considerando todas as suas dimensões e implicações, reduzir a solução do problema à meta da abstinência pode, além de falhar no alcance do objetivo *a priori* definido, levar ao distanciamento destas mulheres dos serviços de saúde.

A lógica da abstinência, pautada no afastamento das pessoas que bebem e no medo constante de uma recaída, sendo esta acompanhada por sentimentos de desvalia, não constitui uma prática de tratamento que contemple a complexidade do problema (Silva et al., 2019). Já a RD corresponde aos pressupostos da atenção psicossocial, trata-se de uma prática sustentada na lógica de ampliação da vida (Lancetti, 2014) que visa reduzir os efeitos negativos do uso da droga sem que se estabeleça como obrigatoriedade a interrupção do uso pois, compreende-se o sujeito em sua singularidade e vicissitudes (Lancetti, 2014; 2015; Nery & Flach, 2017; Nery & Valério, 2010). Nesse sentido, considera-se que nem sempre o sujeito tem o desejo ou consegue parar de fazer o uso da substância e nem por isso deixa de ser cuidado e atendido.

Considerando que o uso do álcool vem aumentando entre o público feminino (Campos & Reis, 2010; IBGE, 2020a; INPAD, 2012; Keyes et al., 2019; Marangoni & Oliveira, 2013; McCaul et al., 2019), que os prejuízos associados ao consumo são múltiplos (Esper et al., 2013; Grittner et al., 2021; McCaul et al., 2019; Pillon et al., 2014; Santos et al., 2019) e que interrupção do uso do álcool representa um desafio, uma vez que as funções e motivações do uso são diversas (Ait-Daoud et al., 2017; Deus, 2012; Gomes & Brilhante, 2021; Lima et al., 2018; Silva, 2012; Silva & Lyra, 2015), é preciso ir além da perspectiva que privilegia apenas a suspensão do uso como alternativa de cuidado. É necessário que se compreenda que, por vezes, o álcool é o que sustenta e dá sentido para a vida da pessoa, o que requer pensar em estratégias de cuidado e atenção que ultrapassem a questão da substância em si e contemplem as múltiplas e complexas questões de vida destas mulheres, ajudando-as a modificarem sua relação com a substância e viabilizando a construção de novas possibilidades de existência



### 6.1.6 Trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad

A última categoria apresenta a trajetória do cuidado das participantes e o seu acompanhamento no CAPSad. Abrange os percursos do cuidado e tratamento, o processo do cuidado no CAPSad, aspectos relacionais e atividades realizadas no CAPSad e sobre as percepções do processo do cuidado no CAPSad.

Quadro 8 - Trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>	<b>Participantes</b>
<b>6. Trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad</b>	6.1 Percursos do cuidado e tratamento	Histórico de acompanhamento em outra instituição ou serviço	1, 5, 7, 8, 9, 10
		Histórico de internações em função do uso do álcool	1, 2, 3, 9
		O CAPSad foi o único serviço especializado acessado	2, 3, 4, 6, 8, 10, 11
	6.2 Processo do cuidado no CAPSad	Encaminhamento e procura pelo CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Tempo de acompanhamento e frequência no CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Sobre a participação da família no tratamento	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11
		Dificuldades e interrupções no tratamento	1, 4, 5, 8, 10, 11
		Projeto de vida é um tema trabalhado no CAPSad	1, 3
	6.3 Aspectos relacionais e atividades realizadas no CAPSad	CAPSad como possibilidade de ampliação da rede de contatos e de interação social	1, 3, 5, 7, 8, 11
		Relação com os profissionais do CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11
		Envolvimento nas atividades realizadas no serviço	3, 4, 5, 7, 8, 11
		Realização de atividades externas ao CAPSad	3, 7
	6.4 Percepções sobre o processo do cuidado no CAPSad	O que mais gosta no CAPSad	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11
		Avaliação do cuidado oferecido no CAPSad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
		Avaliação da sua experiência no CAPSad	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11

Fonte: desenvolvido pela autora

A primeira subcategoria apresenta os **percursos do cuidado e tratamento** (6.1) na trajetória de vida das participantes e descreve o histórico de acompanhamento em outra instituição ou serviço, histórico de internações em função do uso do álcool e revela que o CAPSad foi o único serviço especializado acessado pela maioria das participantes. Seis participantes falaram sobre o *histórico de acompanhamento em outra instituição ou serviço*, uma delas contou que já frequentou o AA e que neste período interrompeu o uso do álcool:

“Quando eu fui pro AA que eu fiquei 3 anos sem ingerir.” (P 1)

Quatro participantes (5, 7, 8 e 9) mencionaram que passaram pelo CAPSII antes de chegarem ao CAPSad:

“Daí eu fui no postinho, aí do postinho daí me encaminharam pro CAPS(II) [...] daí eu fiz uma sessão lá daí em grupos né, aí depois eu comecei a vir pra cá, aí foi assim.” (P 8)

Em relação a outros serviços acessados, a participante 9 contou que faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde em função da sua condição de saúde. Já a participante 8, acessou o CRAS em busca de benefícios e conseguiu alguns auxílios:

“Eu consegui lá, que eles me deram é, o, fizeram o cartãozinho pra mim do, que dá pra almoçar ali no um real [...] e eles vão, vai ser diminuído a conta de luz, que já também, já ajuda também.” (P 8)

“Eu vou sempre no Posto de Saúde.” (P 9)

E, por último, a participante 10 relatou que já acessou a delegacia da mulher em função da situação de violência que vive, mas, segundo ela, não lhe foi oferecida uma opção viável de ajuda:

“Daí vai na delegacia da mulher, querem por a gente num abrigo... poxa, né, daí a mulher vai ficar mais pirada, não pode ter celular, não pode sair, não pode receber visita e tem hora pra levantar, tem hora pra dormir e hora de se alimentar, pô, isso aí não é então ajuda pra mulher que tá sofrendo, né?” (P 10)

Os fatos narrados pelas participantes demonstraram que seus percursos institucionais envolveram predominantemente serviços da saúde, além de serviços da assistência social e do judiciário e, ainda que estes não tenham atendido integralmente suas demandas, o acesso a tais serviços foi destacado por elas. O relato das participantes 9, 8 e 10, usuárias do mesmo CAPSad, sugere que embora tenha havido o acesso a outros serviços de redes distintas como serviços da Assistência Social e do Judiciário, não necessariamente houve um trabalho intersetorial.

Especificamente no contexto do CAPSad, a lógica do cuidado deve ser sustentada na perspectiva da intersetorialidade, envolvendo ações no campo da saúde, educação, trabalho,

esporte, cultura e lazer (Brasil, 2004; Costa, Ronzani et al., 2018; Lancetti, 2014; Machado et al., 2020). A efetivação do cuidado no território, com a articulação intersetorial, viabiliza a atenção psicossocial e a atenção integral à saúde (Dimenstein et al., 2018; Santos & Yasui, 2016). No caso do acompanhamento das participantes deste estudo, tal articulação mostrou-se incipiente, demonstrando ainda a necessidade do fortalecimento da articulação não apenas da RAS e RAPS mas também com outros setores e redes de serviços.

Nos seus percursos de cuidado e tratamento, quatro participantes apresentaram *histórico de internações em função do uso do álcool*. As participantes 1, 2 e 3 já ficaram internadas no CAPSad III em regime de hospitalidade, sendo que as participantes 1 e 3 tinham também episódios de internações em hospital geral. Já a participante 9 esteve por duas vezes internada em hospital psiquiátrico:

“Eu já fiquei 6 vezes internada no hospital (geral), na ala de saúde mental né [...] porque lá no hospital era só medicação e pronto não tinha um outro suporte e aqui (no CAPSad III) a gente tem todo suporte que a gente precisa né.” (P 1)

“Daí fiquei lá (no hospital) 11 dias daí piorei lá [...] daí acabou que o dr. pediu a alta, daí eles me deram alta e eu vim de lá pra cá (CAPSad III) [...] pra ficar em hospitalidade e pra ajustar medicação.” (P 3)

“Aí teve a época ali que eu bebia, não tinha CAPS, aí depois foi indo, foi indo até que, fui duas vezes pro Colônia Santana [...] depois começou o CAPS aí eu não participei mais com ninguém de fora, só no CAPS.” (P 9)

Os relatos das participantes sugerem que, embora as internações hospitalares possam ter representado um recurso terapêutico em situações específicas, o CAPS se constituiu como uma alternativa essencial nos seus percursos de cuidado e tratamento. Para sete participantes, *o CAPSad foi o único serviço especializado acessado*, se consolidando como um local de referência para o cuidado:

“Só tenho ajuda do CAPS, faz dois anos que eu tenho ajuda do CAPS.” (P 3)

“Não, só venho aqui mesmo, só aqui (no CASad).” (P 11)

Para a maioria das participantes o CAPSad representou o mais importante, se não o único serviço de apoio e cuidado para demandas relacionadas ao abuso do álcool, dado que converge com o encontrado por Costa, Ronzani et al. (2018). Já no estudo de Santos et al. (2019) que teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e psiquiátrico de mulheres usuárias de um CAPSad, das 349 participantes, 159 (45,5%) delas também nunca haviam acessado outro serviço especializado para tratamento, 13,7% já haviam passado apenas por consulta médica e 7,4% tinham histórico de reiteradas tentativas de tratamento. Por outro

lado, na pesquisa de Albuquerque e Nóbrega (2016), 64,5% das participantes do estudo tinham histórico de tentativas anteriores de tratamento. Alves (2016) esclarece que trajetórias marcadas por diferentes percursos de tratamento é uma realidade frequente nos serviços de saúde, sendo necessário, conforme propõem Lopes et al. (2018), uma melhor compreensão dos percursos de cuidado traçados pelos usuários de CAPSad.

A centralidade do cuidado no CAPSad presente de modo significativo no itinerário de cuidado das participantes deste estudo, inclusive enquanto alternativa para a internação, confirma a importância desse serviço como dispositivo de desinstitucionalização e de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil, 2011; Brasil, 2021; Costa, Ronzani et al., 2018; Rasch et al., 2015; Santos & Yasui, 2016). Deste modo, pode-se inferir que apesar das fragilidades da RAPS (Costa, Ronzani et al., 2018; Lima & Guimarães, 2019) e do próprio CAPSad, este modelo representa um avanço importante em direção ao cuidado integral, sustentado na autonomia, cidadania e na garantia dos direitos humanos.

Na subcategoria que trata especificamente do **processo do cuidado no CAPSad** (6.2) são apresentados aspectos sobre o encaminhamento e procura pelo CAPSad, tempo de acompanhamento e frequência no CAPSad, sobre a participação da família no tratamento, dificuldades e interrupções no tratamento e esclarece se o projeto de vida é tema trabalhado no CAPSad.

Em relação ao *encaminhamento e a procura pelo CAPSad*, as participantes citaram diferentes formas de acesso ao serviço. Houve encaminhamento da rede de saúde como Unidade Básica de Saúde e CAPS II, encaminhamento por profissionais de outros contextos de trabalho, por orientação de familiares e também por busca espontânea:

“Foi uma indicação do Posto de Saúde lá de perto de casa.” (P 3)

“Foi a assistente social da polícia que viu meu caso, que se comoveu, que veio falar pro pessoal do CAPS e eles foram lá em casa um dia fazer uma visita pra mim.” (P 1)

“Eu vim procurar o CAPS, porque eu falei 'chega!', eu quero ser outra pessoa, eu vou procurar, peguei meu celular, procurei, fiz a pesquisa e tinha bastante endereço, disse 'e agora, que eu vou fazer?', aí eu peguei 'vô nesse aqui', graças à Deus encontrei aqui, daí mandei um e-mail pra cá, aí foi a coordenadora que me respondeu né, mas eu procurei, ninguém me trouxe.” (P 10)

“Daí eu peguei e falei com ela, disse assim 'sogra, me ajuda' [...] daí ela falou assim 'vai lá no CAPS', daí o meu marido me trouxe.” (P 6)

Embora em alguns casos o acesso ao CAPSad se deu por encaminhamento institucional, destaca-se a importância do CAPSad ser porta aberta, visto que algumas usuárias buscaram

diretamente o serviço, sem contarem com nenhum encaminhamento profissional externo. Nesse sentido, o estudo de Trevisan et al. (2019) identificou uma proporção muito similar entre os usuários que buscaram o CAPSad de forma espontânea e aqueles que buscaram via encaminhamento, confirmando a importância de o serviço estar disponível para os usuários que o acessam espontaneamente. De fato, o CAPS deve configurar-se como um serviço de base comunitária, de porta aberta, que atende tanto demandas referenciadas em serviços de saúde e demais setores, quanto demanda espontânea (Brasil, 2021), o que mostrou-se fundamental na trajetória de cuidado das mulheres participantes deste estudo.

No que se refere ao *tempo de acompanhamento e frequência no CAPSad* entre as participantes deste estudo, as informações estão sistematizadas e apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Tempo de acompanhamento e frequência no CAPSad

<b>Participante</b>	<b>Tempo de acompanhamento no CAPSad</b>	<b>Frequência no CAPSad</b>
1	04 meses	02 dias na semana
2	01 ano	Todos os dias da semana
3	02 anos	02 à 03 dias na semana
4	03 semanas	01 dia na semana
5	02 semanas	01 dia na semana
6	01 semana	01 dia na semana
7	01 mês	02 dias na semana
8	01 mês	03 dias na semana
9	+ de 05 anos	02 dias na semana
10	10 meses	02 dias na semana
11	04 meses	02 dias na semana

Fonte: desenvolvida pela autora

Os dados sobre o tempo de acompanhamento no CAPSad demonstram que para a maioria das participantes a inserção no serviço foi recente, cinco delas frequentavam o CAPSad há um mês ou menos, quatro estavam entre quatro meses e um ano e duas frequentavam há dois anos ou mais. Este dado contrapõe o encontrado por Trevisan et al. (2019), que verificou que a maioria dos usuários estavam em acompanhamento em um CAPSad há um ano ou mais, e por Borges e Schneider (2020), que identificaram que a maioria dos participantes frequentavam o CAPSad há mais de cinco anos.

Especificamente em relação ao acompanhamento de mulheres no CAPSad, os dados da presente pesquisa também divergiram dos encontrados no estudo de Tassinari et al. (2018) que constataram a prevalência de mulheres vinculadas ao CAPSad há mais de dois anos. O fato

da maioria das participantes deste estudo estarem há menos tempo em acompanhamento no CAPSad pode estar relacionado com o fato de que muitas iniciaram no serviço participando exclusivamente dos grupos específicos para mulheres, grupos estes que eram relativamente recentes, tendo sido instituídos nos dois CAPSad há menos de dois anos do período de realização das entrevistas.

Já no que se refere à frequência das participantes no CAPSad, apenas uma frequentava todos os dias, as demais iam de uma à três vezes na semana, podendo variar a depender de como estavam se sentindo:

“Eu venho toda semana, às vezes dois dias por semana, quando eu me sinto mal, venho três dias por semana.” (P 3)

A maioria das participantes tinha como seu dia de referência no CAPSad o dia que ocorria o encontro do grupo de mulheres, em um dos CAPSad a atividade acontecia nas terças-feiras, a mesma profissional que conduzia o grupo de mulheres era responsável por outra atividade em grupo na sexta-feira, era justamente nestes dias que havia maior adesão das mulheres ao serviço:

“Na terça eu fico o dia inteiro, na sexta-feira eu fico até umas 11h.” (P 7)

“Duas vezes, terça e sexta.”(P 9)

“Venho, é terça e sexta.” (P 10)

Convergindo com este dado, as participantes do estudo de Santos e Romanini (2019) também frequentavam o serviço predominantemente nos dias que tinha grupos específicos para mulheres, fato também verificado no estudo de Lopes et al. (2018) em que no CAPSad que havia atividade específica para mulheres, houve maior frequência e participação das usuárias. Frente a recorrente homogeneização das práticas de cuidado, sem que se considere as especificidades de gênero (Bolzan, 2015; Cugler & Figueiredo, 2021; Fejes et al., 2016; Guimarães, 2009a), os dados verificados no presente estudo reforçam a importância dos serviços instituírem práticas de cuidado que contemplem as necessidades e particularidades do público feminino, possibilitando o maior acesso, frequência, participação e senso de pertencimento das mulheres ao CAPSad.

No que concerne ao envolvimento de outras pessoas no processo do cuidado, oito participantes falaram *sobre a participação da família no tratamento* realizado no CAPSad, essas participações ocorriam predominantemente na forma de acompanhamento em entrevistas iniciais e nas consultas médicas pontuais:

“Até quando eu vim fazer aqui, a minha menina (filha) veio junto fazer o, a entrevista no primeiro dia.” (P 10)

“Hoje eu tive médico, ele (marido) veio junto, ele veio pra dar um apoio.” (P 5)

“Ela (filha) veio aqui comigo que eu passei pelo psiquiatra.” (P 8)

Já a participante 2 afirmou que a participação da família era restrita a visitas quando estava em hospitalização, e enfatizou que os filhos a visitavam mais por obrigação do que por um desejo genuíno de participarem de seu processo de cuidado:

“Eles (filhos) vêm porque são obrigados a vim ver a mãe, eu não peço né, às vezes até evito, 'não quero visita, não quero visita', aí a minha filha tem que me trazer roupa e trazer coisas pra uso, aí ela vem.” (P 2)

O distanciamento da família ou a participação pontual no processo do cuidado, sugere a existência de dificuldades no contexto familiar destas participantes, seja no âmbito relacional ou mesmo na impossibilidade da família comparecer ao CAPS por diferentes razões. Em relação isso, o estudo de Borges e Schneider (2020) demonstrou que a participação da família era muito valorizada pelos usuários do CAPSad que participaram da pesquisa, entretanto, os familiares nem sempre conseguiam ou desejavam participar ativamente do tratamento, por vezes, o horário de trabalho correspondia ao horário de funcionamento do serviço, assim, mesmo que desejassem, não conseguiam acompanhar o familiar.

No estudo de Ruiz et al. (2021) verificou-se a mobilização da família para o cuidado e oferecimento de suporte social ao familiar com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Já entre os participantes do estudo de Sanches et al. (2018), nem todos contavam com o apoio e suporte familiar, aqueles que puderam contar com a participação da família no tratamento avaliaram a experiência positivamente, enquanto aqueles que não tinham o apoio familiar, demonstraram um movimento de distanciamento e fragilização dos vínculos familiares.

No presente estudo, os dados indicaram que seria importante a criação de estratégias que possam favorecer e fortalecer a participação e apoio da família no processo de cuidado dessas mulheres. Isso porque a participação da família constitui-se como um elemento importante no tratamento e deve ser incentivada nos serviços de saúde (Araujo & Corradi-Webster, 2019; Trevisan & Castro, 2019). Contudo, conforme pode-se perceber no relato das participantes deste estudo, isso nem sempre acontece, necessitando de ações que viabilizem a ampliação de tal participação.

Outras complicações no processo do cuidado também foram destacadas pelas participantes, seis delas falaram sobre as *dificuldades e interrupções do tratamento* no CAPSad, revelando um percurso marcado por desistências, interrupções e posterior retorno ao serviço:

“É que eu tinha começado tratamento só que daí interrompi durante um tempo, eu fiquei um tempo sem vim, ah, eu pensei assim 'ah, não precisa, eu vou conseguir sozinha, e vou conseguir sozinha, eu vou conseguir sozinha', depois eu pensei, não vou conseguir sozinha, não vou não, aí voltei pro CAPS.” (P 8)

“Faz um mês que eu tinha abandonado né, abandonado não, eu não tava vindo mais assim né, mas só que eles tavam sempre ligando pra mim, aí eu comecei ontem de novo, eu disse 'agora vai'. (P 11)

O percurso de usuários marcado por idas e vindas ao CAPSad configura-se como uma realidade frequente (Costa, Ronzani et al., 2018), trata-se de um processo esperado, uma vez que as pessoas percorrem diferentes trajetos em momentos e situações distintas da vida. Deste modo, os itinerários terapêuticos vão sendo construídos por diversos percursos, em movimentos de entradas e saídas dos serviços (Alves, 2016). Contudo, considerando que o CAPSad representa um dispositivo fundamental da RAPS (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil, 2021; Carvalho et al., 2017; Duarte et al., 2020), é importante que seja reconhecido como um serviço de referência do cuidado em rede e o qual os usuários podem acessar sempre que necessário.

As participantes deste estudo também citaram como uma dificuldade do tratamento no CAPSad a impossibilidade de falar individualmente com os profissionais do serviço. Três usuárias (1, 10 e 11) apresentaram essa queixa. A participante 10 relatou que não se sentia confortável para falar no grupo sobre a violência que estava vivendo e ao tentar conversar individualmente com a profissional não conseguia pois esta estava sempre muito ocupada:

“Ela (profissional) não sabe (da situação de violência) porque não tem aquele tempo né, pra conversar comigo, porque a gente chega ali (no grupo) pra fazer as coisas daí ela atende um, atende outro, corre pra cá e corre pra lá, as vezes termina ali e ela tem reunião, ela tem projetos, ela tem que fazer as coisas, né, aí a gente não tem como falar.” (P 10)

Já a participante 11 contou que em um momento de muita dificuldade de sua vida, quando o companheiro faleceu, ela estava em acompanhamento no CAPSad e procurou o serviço para um atendimento individual, mas não conseguiu, situação que a fez abandonar o tratamento:

“Quando ele (companheiro) faleceu eu tava aqui no CAPS em tratamento, foi num momento que eu mais precisei, daí eu tava, assim, com a psicóloga né, individual né, aí eu vim aqui, cada vez que eu vinha ela nunca tinha tempo de ter o individual comigo né, sempre tinha outras coisas pra resolver, aí eu ficava esperando, não dava, ia pra casa me desesperava, vinha de novo, ia pra, aí eu disse 'pronto, não adianta eu correr atrás, eu não aguento mais', aí caí na



bebida de novo, aí quando ela ligou ela disse: ‘amanhã nós temo dia vago pra você’, eu disse ‘agora não adianta mais, agora o meu remédio eu já achei’, aí não vim mais.” (P 11)

A falta de espaço para uma escuta individualizada no CAPSad também se evidenciou no relato das participantes ao término das entrevistas, quando algumas afirmaram que tinha sido muito bom poder conversar com alguém individualmente e solicitaram que a pesquisadora voltasse um dia para conversar novamente com elas:

“Tô me sentindo bem, gostei de conversar com a senhora [...] me chame outro dia para conversar de novo.” (P 9)

“Tô mais aliviada assim né, porque eu não tenho com quem conversar também.” (P 10)

Ainda que a conversa entre pesquisadora e participante tenha sido restrita ao contexto de pesquisa, o fato destas mulheres terem tido um espaço e tempo destinados unicamente para elas, para que pudessem contar suas histórias e falarem sobre si, parece ter surtido um efeito positivo na forma como se sentiam, demonstrando assim o quanto elas estavam demandando por uma escuta mais individualizada.

Embora a diretriz do cuidado no CAPS não seja sustentada em uma perspectiva da clínica individual tradicional, é preciso que este serviço seja dinâmico e adapte suas práticas às necessidades dos usuários (Nicodemos & Silva, 2016), propiciando atividades terapêuticas e de atendimento clínico a partir das premissas da clínica ampliada. A lógica da clínica ampliada fundamenta os pressupostos da atenção psicossocial com vistas ao alcance da promoção da saúde e representa um dos fundamentos do PTS (Bernardi & Kanan, 2015; Schneider et al., 2021). O PTS deve ser o norteador do cuidado, a partir do qual se atribua responsabilidades, se estabeleça metas e estratégias para o tratamento, dentre as quais, o atendimento individual pode ser um dos recursos utilizados (Brasil, 2007; Mota et al., 2015; Rasch et al., 2015). Deste modo, caso o atendimento individual seja algo importante no processo terapêutico destas mulheres, esse deveria ser contemplado em seus PTS.

Em relação às especificidades dos temas contemplados no processo do cuidado, chamou a atenção o fato de que apenas duas participantes (1 e 3) tenham citado que o *projeto de vida é um tema trabalhado no CAPSad*, ambas são usuárias do CAPSad III e contaram de que forma o projeto de vida era abordado. A participante 1 explicou que participa de um grupo que tem como objetivo pensar em alternativas futuras de vida, fora do CAPSad:

“É o grupo ‘Além daqui’, que daí eles falam coisas que a gente pode fazer além daqui né, que a gente fica muito apegado ao CAPS, então, eles querem que a gente saia, não fique tão apegado ao CAPS.” (P 1)

Já a participante 3 afirmou que o tema projeto de vida é abordado nos atendimentos individuais com a psicóloga:

“A gente trabalha projeto de vida com a psicóloga, é conversa particular [...] conversamos sobre projeto de vida e futuro.” (P 3)

O projeto de vida é um elemento fundamental para o cuidado e atenção à saúde (Ayres, 2004), entretanto, para a maioria das participantes deste estudo, o tema do projeto de vida não era contemplado em seus processos de cuidado, e quando era, apenas de forma pontual, em grupos específicos ou nos atendimentos individuais, não representando uma estratégia consistente e transversal a todas as práticas e ações no serviço. Tal realidade já foi mencionada por Alves (2016), que destacou a ausência do tema do projeto de vida como um dos norteadores do cuidado nos diferentes itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários.

Neste estudo, o relato da participante 1 demonstrou a relação estabelecida entre o projeto de vida e possibilidades de futuro para além do CAPSad, indicando a importância do serviço propor ações que oportunize ao usuário pensar, planejar e construir alternativas de vida e de futuro que ultrapasse o contexto do CAPS. Nesse sentido, o serviço constitui-se como um mediador para a reinserção social dos usuários, para a (re)construção de projetos de vida e para a retomada da autonomia sobre suas trajetórias pessoais. Em relação a isso, o estudo realizado por Moura (2016), que buscou compreender como usuárias de um CAPS vivenciavam a experiência de participação em grupo específico sobre projeto de vida, verificou-se que a participação no grupo possibilitou o resgate de projetos pessoais, retorno à vida laboral e a reinserção social das usuárias.

A efetivação de um cuidado integral e humanizado requer considerar e privilegiar os projetos de vida das pessoas atendidas. Para isso, os profissionais e serviços de saúde devem fundamentar suas práticas e ações visando possibilitar a construção e realização de projetos de vida pessoais, com ações terapêuticas que contemplem as diferentes necessidades e realidades individuais e coletivas (Ayres, 2004). Trata-se de um processo sustentado no vínculo entre profissional e usuário que visa a atenção integral do sujeito e o alcance de melhores possibilidades de vida (Dimenstein et al., 2018; Lima et al., 2017b; Santos & Yasui, 2016).

Especificamente em relação às necessidades e ao cuidado de mulheres que fazem o uso abusivo do álcool, Esper et al. (2013, p.100) destacaram que “no tratamento em serviços especializados e atendimento para álcool e outras drogas, faz-se ainda importante que o profissional aborde as diversas esferas da vida da mulher alcoolista e considere a sua complexidade, auxiliando-a na reconstrução de um projeto de vida.” Frente a tais evidências,

destaca-se a necessidade de o projeto de vida ser tema não só contemplado, mas priorizado no PTS de usuárias e usuários acompanhados em CAPSad.

No que tange aos **aspectos relacionais e as atividades realizadas no CAPSad** (6.3), foram abordados os seguintes elementos de análise: o CAPSad como possibilidade de ampliação da rede de contatos e de interação social; relação com os profissionais do CAPSad; envolvimento nas atividades realizadas no serviço e a realização de atividades externas ao CAPSad. Sobre a percepção do *CAPSad como possibilidade de ampliação da rede de contatos e de interação social*, seis participantes afirmaram que conseguiram estabelecer conexões sociais a partir de sua inserção no serviço:

“Quando cheguei aqui eu chorava muito porque o meu emocional tava muito assim pra baixo né, aí depois eu comecei a falar, eu sou assim de, eu falo muito com as pessoas, eu gosto muito de falar com as pessoas assim né [...] eu faço bastante amizade aqui dentro.” (P 11)

“Estabeleceu um vínculo bem forte entre nós mulheres [...] isso gerou uma aproximação coletiva digamos assim, sabe.” (P 5)

Estas participantes ressaltaram a viabilização de contatos sociais mediados pelo CAPSad, de fato, um processo de cuidado deve favorecer a construção e fortalecimento de tais relações (Alves, 2016). Convergindo com os achados do presente estudo, outras pesquisas também identificaram o CAPSad como um contexto para o estabelecimento de vínculos sociais (Borges & Schneider, 2017; Cavalcante et al., 2012; Machado et al., 2020; Souza et al., 2006). Esses resultados correspondem, portanto, com a proposta de funcionamento do CAPS, uma vez que este serviço deve constituir-se também como um espaço para a criação e fortalecimento de vínculos (Lancetti, 2015; Machado et al., 2020; Rasch et al., 2015).

No que se refere especificamente à *relação com os profissionais do CAPSad*, exceto a participante 6 que estava na primeira semana de acompanhamento no CAPSad e ainda não tinha tido muito contato com os profissionais, todas as demais salientaram a relação positiva estabelecida com a equipe e o quanto os profissionais do serviço eram empáticos e acolhedores:

“Eles (profissionais) olham no teu olho assim, eles conversam, mas não é tipo assim, olhando pro outro lado, eles olham, eles olham, eles olham no teu olho.” (P 4)

“A palavra certa é empatia [...] E eu acho que aqui no CAPS assim a gente é acolhido sem ser julgado [...] A agente tem medo de ser julgada, mas aqui o acolhimento, empatia, é entender a dor do outro, entender que se a pessoa tá sofrendo não é culpa dela que ela tá sofrendo, enfim, aconteceu, tá doendo, não somos julgados por isso.” (P 5)

“São todos uns queridos né [...] eles não julgam a gente.” (P 1)

“Eles (profissionais) dão muito apoio pra gente assim, dão carinho, dão, acho que é tudo coisa que a gente precisa.” (P 8)

“Ela (T.O que conduz o grupo de mulheres) me trata com muito carinho assim sabe, coisa assim que eu tava precisando lá em casa eu encontrei aqui com ela, foi por isso que eu me sinto bem aqui.” (P 11)

As falas das entrevistadas são emblemáticas ao retratarem a importância da relação com os profissionais e o quanto sentem-se aceitas e acolhidas por eles. As participantes salientaram a consideração manifestada pelo olhar, pela escuta atenta, o acolhimento que recebem, a ausência de julgamentos e a postura empática sempre presente, ações que por vezes não encontram nem mesmo no ambiente familiar. Tais achados vão ao encontro do que foi verificado no estudo de Machado et al. (2020) sobre as práticas e lógica de atenção no CAPSad, em que um dos principais resultados confirma que o CAPSad representa um espaço de acolhimento, cuidado e vínculo.

No presente estudo, a postura dos profissionais e a forma como eles se relacionavam com as usuárias propiciou o estabelecimento do vínculo, contribuindo assim para que estas mulheres se sentissem bem no serviço, viabilizando o processo do cuidado. Segundo Ayres (2004), é pelo vínculo que se consolida o cuidado integral, em um processo empático que envolve acolher o outro com todas as suas singularidades e especificidades, inclusive, com toda a dor e sofrimento que o sujeito possa sentir e expressar.

O estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, a partir de uma postura empática e acolhedora, corresponde também às premissas da clínica ampliada e deve fundamentar as práticas no CAPS (Ferreira & Bleicher, 2018; Moura, 2016; Schneider et al., 2021). Para isso, é necessário que os profissionais estejam comprometidos, capacitados e dispostos a acolher, sem julgamento, o usuário com as suas diferentes demandas e necessidades (Lima et al., 2017b). No presente estudo, as participantes indicaram que os profissionais dos serviços têm mantido tal postura, o que tem repercutido positivamente em seus processos de cuidado.

No que se refere ao *envolvimento nas atividades realizadas no serviço*, seis participantes compartilharam suas experiências nas atividades e destacaram as oficinas de artesanato e de culinária como espaços de aprendizado, ocupação e de produção de bem-estar:

“Coisas que eu não fazia, como costura, não fazia nada, hoje eu já aprendi a fazer... e artesanato também, aprendi fazer algumas coisa.” (P 3)

“Se não quer fazer uma pintura, tu quer fazer um crochê tem, quer fazer outra coisa, tem né, tem várias opções pra fazer, e depois, tu fez, tu pode levar pra casa, a gente vai levar

pra casa, levo assim oh, com tanto orgulho né, 'oh, eu fiz isso aqui', eu já faço dedicado sempre pensando alguém.” (P 8)

“Eu me sinto bem aqui, me sinto bem porque eu me ocupo, eu saio de casa, eu me ocupo, eu vejo pessoas, e tem essas atividades, têm as conversas, né.” (P 7)

Contrariando os achados deste estudo, em que as mulheres demonstraram envolvimento com as atividades, na pesquisa de Tassinari et al. (2018) verificou-se que a maioria das usuárias não participava das atividades realizadas no CAPSad, frequentando o serviço apenas para as consultas e atendimentos individuais. Destaca-se que a realização de atividades que promovam o bem-estar é uma das práticas essenciais no contexto do CAPSad (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil, 2011; Ferreira & Bleicher, 2018; Rasch et al., 2015) e foi ressaltada pelas participantes deste estudo como algo bastante positivo da sua inserção no serviço. Entretanto, cabe assinalar que as atividades oferecidas nos serviços acabam por reforçar estereótipos de funções historicamente atribuídas às mulheres, como o artesanato e a culinária. Sendo assim, é importante repensar a própria organização do CAPSad, de modo a oferecer, efetivamente, alternativas que possam ampliar as possibilidades de vida para estas mulheres.

Outro elemento de destaque em relação às atividades realizadas, foi a afirmação da participante 7 sobre o CAPSad representar uma alternativa para ela ocupar-se, nesse sentido, reforça-se a necessidade de ampliar as possibilidades de ocupação destas mulheres para que suas condições de existência laboral e relacional não se restrinjam ao CAPS. Nesse sentido, vale sublinhar que embora as atividades realizadas dentro do serviço demonstraram ser relevantes no processo do cuidado destas usuárias, a lógica da atenção psicossocial pressupõe que o cuidado se dê, não apenas circunscrito no espaço da instituição, mas no território, com a realização de atividades extramuros que possibilitem a inserção comunitária dos usuários (Bernardi & Kanan, 2015; Brasil, 2021; Rasch et al., 2015).

Sobre a *realização de atividades externas ao CAPSad*, apenas as participantes 3 e 7 afirmaram que haviam tais ações. A participante 3 frequentava oficinas que eram realizadas em parceria com uma Universidade:

“A gente faz lá (na universidade), a gente faz oficina de papel [...] a gente faz costura.” (P 3)

Já a participante 7 disse ter conhecimento da realização de atividades externas, mas nunca havia participado:

“Eu não cheguei a fazer nada disso ainda, mas eu sei que tem lugares que eles vão, pra outros locais, mas eu ainda não fiz isso.” (P 7)

Embora duas participantes tenham citado o conhecimento de atividades externas ao CAPSad, apenas uma participava efetivamente de ações fora do contexto do CAPSad. Outros estudos também identificaram a ausência ou limitação de atividades externas ao serviço (Borges & Schneider, 2020; Ferreira & Bleicher, 2018; Rasch et al., 2015; Tassinari et al. 2018). Frente a este cenário e considerando que o desenvolvimento de atividades no território, que propicie a inserção social, é uma das diretrizes preconizadas pela RAPS (Rasch et al., 2015), torna-se iminente a necessidade de práticas de cuidado que transponham os muros da instituição. É preciso a articulação do serviço com a comunidade de modo a proporcionar interações e vivências das usuárias no seu espaço de vida.

A última subcategoria trata das **percepções sobre o processo do cuidado no CAPSad** (6.4) e abrange a identificação do que as participantes mais gostam no serviço, a avaliação do cuidado oferecido e da experiência da usuária no CAPSad. Oito participantes afirmaram que *o que mais gosta no CAPSad* é dos profissionais e das oficinas de artesanato:

“Das meninas, das enfermeiras.” (P 1)

“Gosto da atenção deles (profissionais), do cuidado que eles têm.” (P 3)

“Aiii eu adoro fazer artesanato.” (P 8)

Essas percepções reforçam a importância dos vínculos com a equipe e da existência de atividades que façam sentido para as usuárias, fatores que contribuem para a boa avaliação do serviço. No que se refere à *avaliação do cuidado oferecido no CAPSad*, todas as participantes avaliaram positivamente e salientaram o fato do CAPSad representar um lugar de apoio e ajuda:

“É muito bom né gente, se tiver alguma coisa pra falar de mal acho que é ingratidão né, eu acho muito bom, os profissionais, o atendimento.” (P 8)

“Eu me sinto muito bem aqui, não tem nada aqui que eu não goste, não tenho nada a criticar não.” (P 5)

“Eu avalio que aqui (CAPS), que onde que eu encontrei mais um porto seguro assim né [...] aqui a gente tem todo suporte que a gente precisa.” (P 1)

“Eu falo que é tudo de bom, sinceramente, porque é apoio pra gente, é apoio.” (P 7)

Sobre os aspectos negativos levantados, estes se referiram a atividades pontuais que elas participaram e não gostaram, como indicado no relato das participantes 2 e 10:

“Não gostei de fazer yoga.” (P 2)

“Só que eu não me senti bem no grupo dos sentimentos.” (P 10)

Já a participante 7 expôs um descontentamento em relação aos remédios prescritos no serviço:

“Eu só acho que às vezes as medicações que dão são muito fortes né [...] São muitos e fortes, entende?” (P 7)

A avaliação geral das participantes elucida que o CAPSad é compreendido como um lugar de segurança e apoio, onde são acolhidas e recebem cuidado de qualidade, dado que corresponde ao identificado em outras pesquisas (Borges & Schneider, 2020; Moura, 2016; Pierry et al., 2021; Souza et al., 2006). Já os pontos negativos levantados sugerem que há atividades oferecidas que podem não fazer sentido para algumas destas mulheres, destacando-se assim a importância da participação das usuárias na construção de seu PTS. Ressalta-se também o relato da participante 7 acerca do excesso de medicação prescrita, lançando luz sobre uma possível prática de medicalização, realidade ainda muito frequente nos contextos dos CAPS (Duarte et al., 2020; Ferreira & Bleicher, 2018; Pierry et al., 2021; Trevisan & Castro, 2019).

O último elemento de análise apresenta a perspectiva das participantes sobre a *avaliação da sua experiência no CAPSad*. Oito participantes compartilharam como se sentem no serviço e expressaram que sentiam-se muito bem e pertencentes ao serviço, algumas afirmaram sentirem-se em casa, ou mesmo, melhor do que na própria casa:

“Ai eu amo vir pra cá, ai eu gosto, ai eu gosto muito de vir pra cá [...] eu me sinto em casa.” (P 8)

“Eu às vezes eu me sinto melhor aqui dentro do que na minha casa.” (P 2)

Confirmando os achados do presente estudo, usuários participantes de outras pesquisas também consideravam o CAPSad como um espaço de acolhimento, pertencimento e bem-estar (Borges & Schneider, 2020; Machado et al., 2020; Pierry et al., 2021; Souza et al., 2006), correspondendo com o que de fato deve representar o serviço (Carvalho et al., 2017; Duarte et al., 2020; Rasch et al., 2015). Para as participantes desse estudo, o CAPSad efetivamente representava este lugar de cuidado e acolhimento e para muitas, tinha um papel fundamental em suas trajetórias de vida.

Os resultados aqui identificados sobre o CAPSad e o cuidado oferecido, reforçam a importância da valorização e do fortalecimento deste serviço, uma vez que, apesar de suas dificuldades e limitações, é um serviço sustentado na perspectiva da atenção psicossocial, que prioriza os sujeitos em suas singularidades. Atualmente, está em curso um franco retrocesso na política pública de saúde mental brasileira, com a perspectiva biomédica e institucionalizante ganhando força em detrimento da RAPS e da lógica que a sustenta. Tal realidade implica uma necessária e permanente vigilância de todos os atores envolvidos nesse processo com vistas a resistir a tal desmonte. É preciso que as ações de atenção à saúde se sustentem em um

compromisso ético, pautadas na perspectiva da integralidade, nos direitos humanos, nos determinantes sociais em saúde e que considerem as especificidades das diferentes trajetórias de vida dos sujeitos.

## **6.2 Trajetória de vida e rede social significativa: uma síntese**

Neste tópico será apresentada uma breve síntese da trajetória de cada participante, destacando elementos centrais de suas histórias e projetos de vida e o modo como se constituem suas redes sociais significativas.

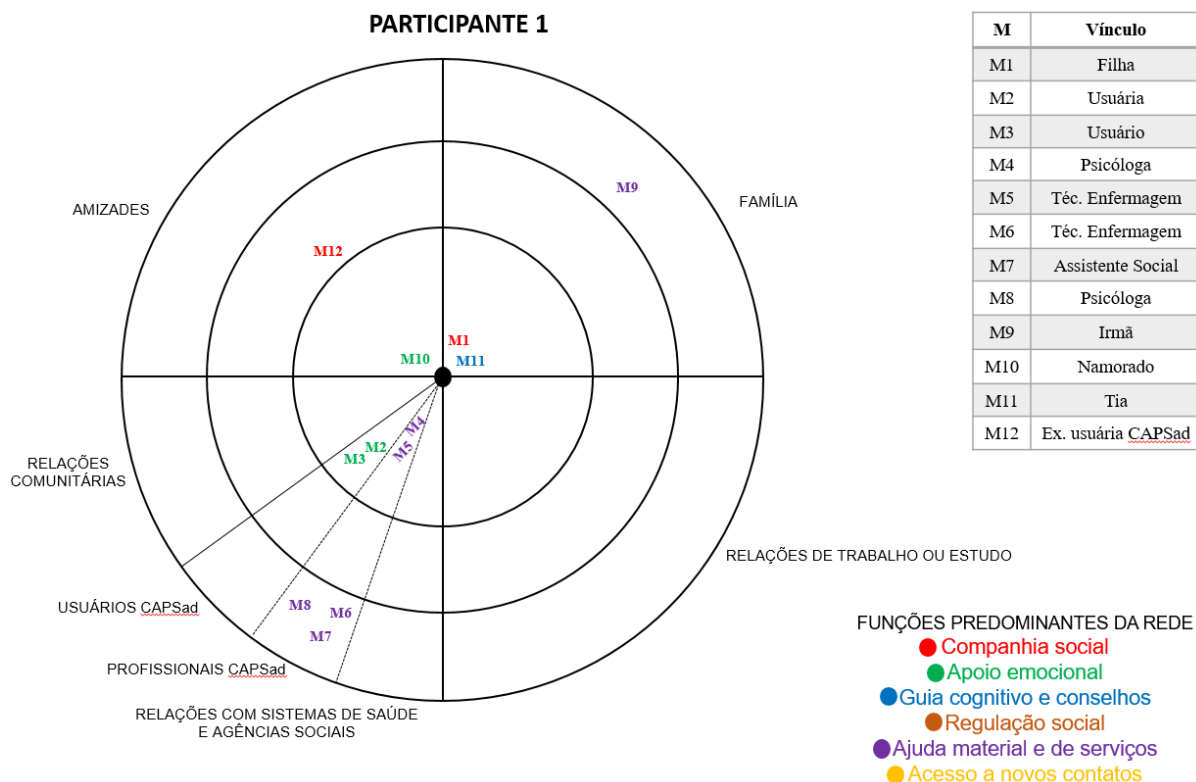
### *Participante 1*

No período de realização da pesquisa a participante 1 tinha 44 anos, Ensino Superior Completo em Estética e Cosmetologia, mas nunca havia atuado nesta área. Era Policial Civil aposentada, entrou na Polícia com 18 anos, antes disso, pensou em cursar medicina. Divorciada, tinha uma filha de 21 anos com quem residia, a filha cursava fisioterapia e iria casar em breve, o que a deixava apreensiva, pois sentia-se muito solitária e com a saída da filha de casa temia que isso fosse agravado. A família de origem possuía boas condições socioeconômicas, a mãe dentista e o pai médico, ambos já falecidos. Descobriu depois de adulta que não era filha biológica de seu pai, com quem sempre teve uma relação muito próxima e afetuosa, já com a mãe, o relacionamento foi marcado por conflitos. Tem uma única irmã, com quem mantém pouco contato. Referiu ter feito o uso do álcool pela primeira vez quando tinha oito anos, com a mediação do avô que era Russo e bebia vodka todos os dias, entretanto, afirmou que ele nunca teve problemas em função do álcool. Passou a fazer o abuso do álcool na vida adulta, após o divórcio de um casamento de 16 anos, evento que, segundo ela, trouxe muitas repercussões negativas para a sua saúde mental. Considera que o abuso do álcool lhe trouxe diferentes prejuízos como conflitos com a filha e danos na vida laboral. Pretendia interromper o uso do álcool e há duas semanas não bebia. Estava em acompanhamento no CAPSad III há quatro meses e ia duas vezes por semana no serviço. Em relação a projetos de vida, referiu não os ter, imaginava passar a vida na frente da TV. Quando instigada a pensar em projetos de futuro, mencionou o desejo de viajar para a praia com o namorado, algo que pretendia concretizar em um curto espaço de tempo. Depois, falou animada sobre o desejo e a possibilidade de ser avó e ainda, sugeriu a possibilidade de adotar uma criança com o atual namorado, entretanto, não demonstrou ter um planejamento concreto em relação a isso. Dos



projetos que tinha no passado, o que realizou foi ter sua filha. Afirmou sentir-se muito sozinha o que acaba por intensificar o abuso do álcool. Não tem uma vida social ativa e praticamente não sai de casa, as únicas atividades que realiza é ir para o CAPS e para a academia. No que se refere às relações sociais, os vínculos mais presentes estavam circunscritos ao contexto do CAPSad. A figura 4 demonstra como se caracterizava sua rede social significativa:

Figura 4 – Mapa de Rede Individual da Participante 1



A rede social significativa da participante 1 era composta por 12 membros, sendo a maioria do contexto do CAPSad, demonstrando a importância deste serviço para a sua vida, suas relações e interações sociais. Entre as funções predominantes desempenhadas pelos membros, a principal delas foi a ajuda material e de serviços, exercida majoritariamente pelos profissionais do CAPSad, seguida pelo apoio emocional. Embora sua rede social seja composta por pessoas que considera próximas e significativas, com quem pode contar em situações de necessidade, a centralidade de tais relações no contexto do CAPSad evidencia a fragilidade de relações comunitárias, de amizades, trabalho e estudo, o que compromete sua inserção social, a ampliação de possibilidades de relações e ainda, conforme propõe Velho (1997), dificulta a construção de projetos de vida. Considerando que a participante expressou a ausência de projetos de vida, um sentimento preponderante de solidão, inclusive enquanto motivador para o uso abusivo do álcool, e frente a uma rede social bastante institucionalizada, constituída

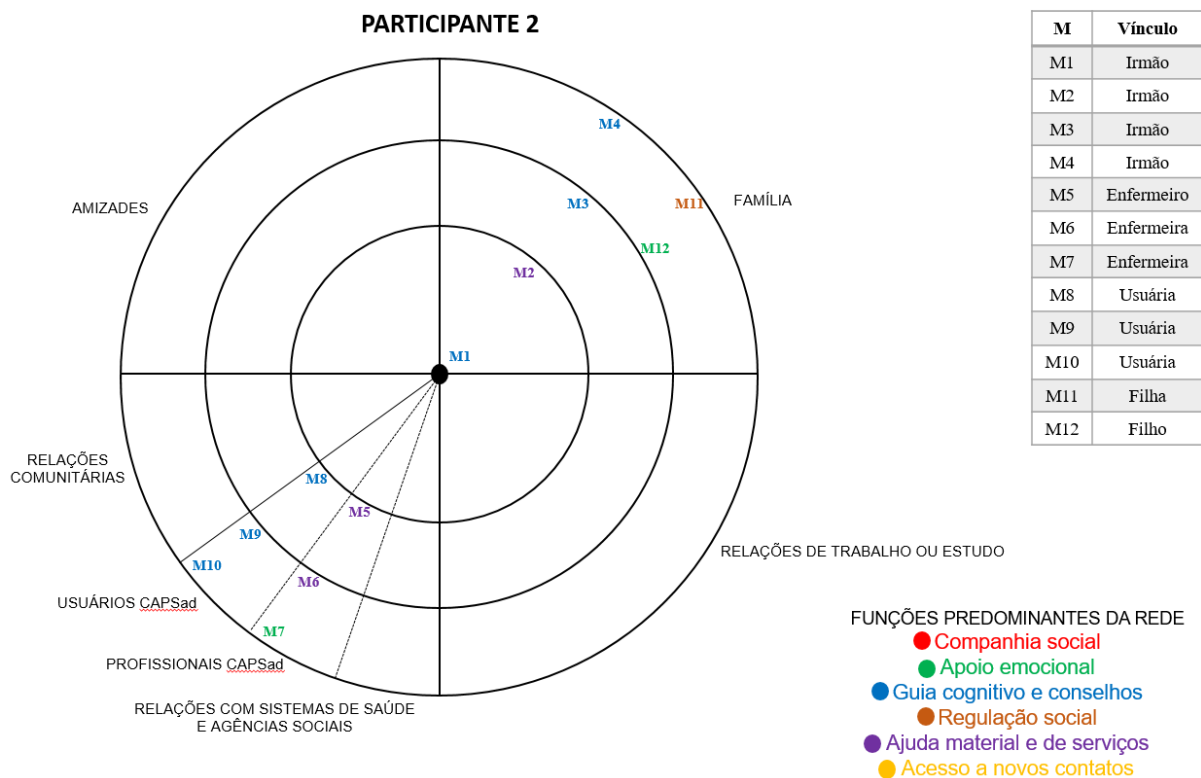
predominantemente por profissionais e usuários do CAPSad, revela-se pertinente propor estratégias de cuidado que possam viabilizar e fortalecer vínculos para além do CAPSad e mediar possibilidades de projetos de futuro como alternativa para um cuidado e atenção integral à usuária, propiciando assim novos sentidos e significados para a sua trajetória.

### *Participante 2*

Participante tinha 54 anos, Ensino Fundamental Incompleto, costureira aposentada. Divorciada, dois filhos (32a e 17a), residia com os filhos e genro. Relatou ter uma trajetória de vida marcada por muito sofrimento. Casou jovem, foi morar em outra cidade com o marido que pouco depois do casamento passou a agredi-la fisicamente, após alguns anos em situação de violência doméstica fugiu com a filha pequena (hoje com 32 anos) e voltou a morar com os pais, de quem recebeu todo apoio. Trabalhou muito para conseguir sustentar a filha e ajudar os pais, especialmente em relação ao pai, afirmou que eram extremamente próximos, considera que ele foi sua principal referência de vida e de amor. Por esta razão, a morte do pai, há 20 anos, em função de um Acidente Vascular Cerebral, ainda lhe traz muito sofrimento, relembra com detalhes deste evento, se emociona e chora muito ao falar sobre isso. Na vida amorosa, afirmou ter tido muitas decepções, um primeiro casamento marcado pela violência doméstica, depois, novos relacionamentos que se encerraram por diferentes razões, de um destes relacionamentos teve o segundo filho, que estava com 17 anos. Ainda, ao narrar fatos importantes que marcaram a sua vida, falou de uma paixão que teve aos 15 anos e da promessa do então namorado que foi embora para Goiânia de que voltaria para buscá-la, ele nunca voltou e ela nunca o esqueceu. Tempos depois do namorado ter ido embora, ela recebeu um convite de casamento dele com outra pessoa, o que lhe trouxe muita dor e sofrimento. Mesmo tendo passado 40 anos deste fato, afirmou que ainda pensa muito nessa pessoa e nutre esperanças que um dia ele venha buscá-la, imagina que quando a atual esposa dele falecer, talvez possam finalmente ficarem juntos. Já em relação ao uso do álcool, contou que o início do uso ocorreu há cerca de 28 anos, quando tinha voltado a morar com os pais, um vizinho levava álcool em casa para beberem juntos enquanto conversavam, depois disso o uso foi se intensificando. Atualmente ainda bebe, mas afirmou ter reduzido a quantidade e a frequência. Está em acompanhamento no CAPSad III há um ano e frequenta o serviço todos os dias da semana, afirmou que às vezes sente-se melhor no CAPS do que em sua própria casa. No que se refere aos projetos de vida, afirmou não ter nenhum, a única coisa que deseja é que os filhos fiquem bem, para ela, o que lhe acontecer não interessa, não vislumbra qualquer perspectiva concreta de futuro. Dos projetos que tinha no passado, o que conseguiu realizar foi ter seus filhos. Em

relação a eles, iniciou seu relato falando muito das qualidades da filha, enfatizou o quanto a filha era uma pessoa especial, responsável, estudiosa e trabalhadora, era ela a responsável pela organização financeira da casa e quem controlava e administrava o seu próprio dinheiro. No entanto, passado os momentos iniciais da entrevista, período em que a participante teceu apenas elogios para a filha, passou a trazer algumas queixas relativas ao controle da filha sobre a sua vida e indicando um distanciamento afetivo entre ambas, prova disto é que os filhos foram os últimos membros inseridos em seu mapa de rede e os posicionou mais distante de si. No que se refere aos relacionamentos próximos, sua rede social significativa se configurava da seguinte forma:

Figura 5 - Mapa de Rede Individual da Participante 2



A rede era constituída por 12 membros, tamanho considerado por Sluzki (1997) como adequado. Entretanto, suas relações próximas eram exclusivamente com pessoas do CAPSad e da família, sendo que apenas dois irmãos foram inseridos em seu círculo afetivo mais próximo. No geral, sua rede demonstrou fragilidade de vinculações próximas e de relações comunitárias e com pessoas de outros contextos. Entre as funções predominantes desempenhadas pela rede, a mais recorrente foi a guia cognitivo e conselhos, desempenhada pelos irmãos e colegas do CAPSad. No momento da construção do mapa de rede, os filhos foram os últimos a serem inseridos e a participante os colocou em uma posição mais distante, indicando menos

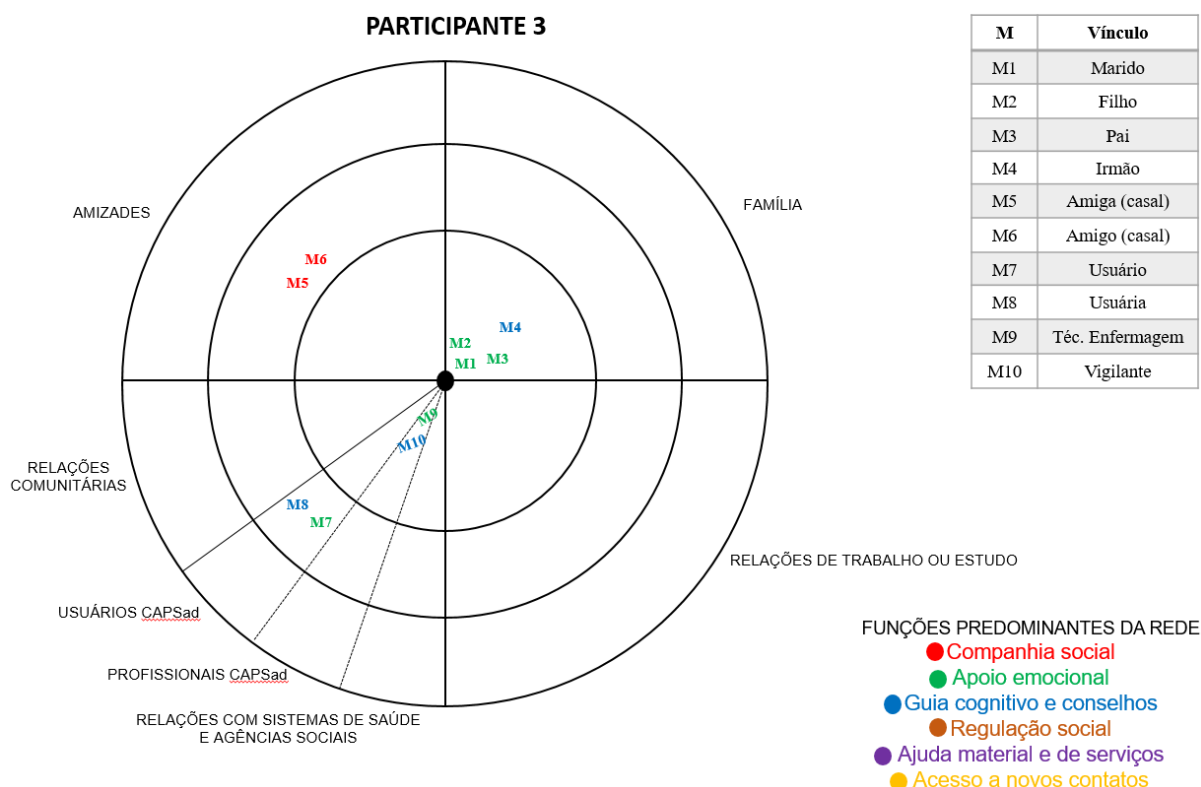
proximidade afetiva com eles. Tal fato chama a atenção uma vez que no início da sua narrativa buscou apresentar uma perspectiva positiva da sua relação com os filhos, o que não se sustentou no decorrer da entrevista e que acabou sendo materializado na construção do mapa de rede. Frente à fragilização dos vínculos e da ausência de projetos de vida expressos pela participante, estes constituem-se como elementos centrais a serem priorizados em seu processo de cuidado e atenção à saúde.

### *Participante 3*

Participante tinha 35 anos, casada há 20 anos, um filho de 17 anos e um filho mais velho já falecido em um acidente. Estava em licença de saúde há 2 anos, segundo ela, motivada por um diagnóstico de esquizofrenia, antes do afastamento, trabalhava como operadora de caixa em um supermercado. No período da entrevista estava em hospitalização no CAPSad III, contou que havia tentado suicídio algumas vezes, a última tentativa tinha sido há algumas semanas, dentro do CAPSad, depois do episódio, ficou em internação no hospital geral e na sequência foi encaminhada para um período de hospitalização no CAPSad. Afirmou estar se sentindo muito melhor e preparada para voltar para casa, lugar onde gosta muito de estar. Contou que iniciou o uso do álcool há aproximadamente cinco anos, em uma rotina que envolvia o uso com os colegas de trabalho após o expediente. O uso se intensificou e passou a motivar conflitos com o marido, quando este ameaçou deixá-la caso não interrompesse o uso, procurou ajuda profissional e foi quando acessou o CAPSad. Frequentava o serviço há dois anos, de duas a três vezes na semana, e afirmou estar há mais de 100 dias sem beber. Ao falar da família, disse que é tudo o que tem de mais importante na vida, referiu amar muito o marido e o filho. Conheceu o marido quando tinha 15 anos e desde então estão juntos, segundo ela, é o marido e filho que dão sentido para a sua vida. Por isso, desejava tanto retomar sua vida e os cuidados com a casa e a família. Sobre os momentos de maior sofrimento em sua trajetória, mencionou o acidente que a família se envolveu, que resultou na morte do seu filho mais velho, não falou em detalhes sobre o ocorrido, disse apenas que este foi um evento que lhe trouxe muita dor e que desejava esquecer o acontecido, preferindo não tocar no assunto. Afirmou ter uma boa relação com a pai, que reside em outra cidade, a mãe é falecida. Em relação a projetos de vida, a primeira coisa que afirmou foi o desejo de ficar “sóbria”, mencionou ainda ter um projeto com o marido que é comprarem uma chácara e lá viverem. Para ela, é impossível pensar em um projeto de futuro que não seja em conjunto com o companheiro. Seus projetos envolvem essencialmente ficar próxima da família, cuidar da casa, do marido e do filho. Ao analisar seu passado, avalia que poderia ter aproveitado mais sua juventude, não se arrepende de ter casado

cedo, mas acredita que esta escolha restringiu suas possibilidades de viver outras experiências. No que se refere às suas relações significativas, demonstrou uma forte vinculação com o marido, filho, com o pai e profissionais do CAPSad, conforme pode ser verificado em seu mapa de rede:

Figura 6 - Mapa de Rede Individual da Participante 3

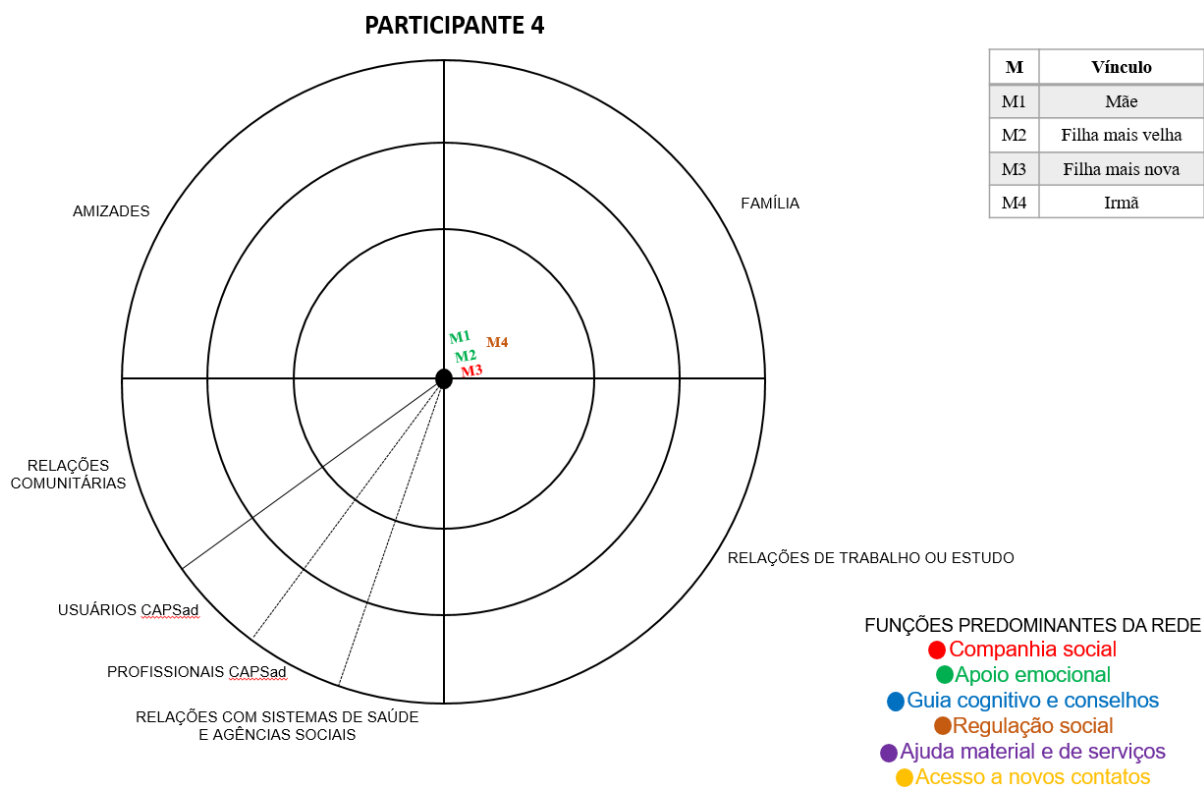


A rede social significativa da participante 3 é composta por 10 membros, destes, quatro familiares, dois amigos, dois usuários do CAPSad e dois profissionais do serviço. Em relação às principais funções desempenhadas pelos membros da rede, a função predominante foi a de apoio emocional, seguido pela guia cognitivo e conselhos e por último, companhia social. Neste caso, destaca-se que das seis funções propostas por Sluzki (1997), apenas três estão presentes enquanto função predominante na rede da participante. Deste modo, sugere-se que, para além da criação de vínculos comunitários, é necessário a ampliação das funções principais exercidas pelos membros. No que se refere aos projetos de vida, o fato da participante ter um vínculo forte com o marido e filho, atribuindo a eles o sentido e significado para a sua vida, parece favorecer o estabelecimento de projetos de futuro, ainda que todos atrelados ao contexto familiar.

*Participante 4*

Participante tinha 41 anos, em uma união estável há 18 anos. Duas filhas (17a e 8a), atuava como diarista, trabalhou em empresa de limpeza por 10 anos, foi demitida em função do uso do álcool. No momento da entrevista vivia um período de conflitos com o companheiro, que, segundo ela, a controlava e vigiava para que não fizesse o uso do álcool, sentia-se desrespeitada por isso. Frequentava o CAPSad III uma vez na semana e iniciou o acompanhamento no serviço havia 3 semanas, desde então, não fazia o uso do álcool, o que estava gerando sintomas de abstinência e lhe trazendo muito desconforto, apesar disso, afirmou manter-se firme no propósito de deixar de beber. Ao falar de sua história, expôs fatos e episódios de vulnerabilidades e violências em sua família de origem, tendo a família passado por muitas dificuldades econômicas que resultaram em insegurança alimentar e condições precárias de moradia. Depois de adulta, com o companheiro, teve uma condição de vida melhor e considera que viviam bem até ela iniciar o uso do álcool, o que lhe trouxe diferentes complicações tanto na esfera pessoal como profissional. Segundo ela, o início do uso do álcool se deu ao “acaso”, seu pai, com quem tinha uma relação muito próxima, bebia e a visitava com frequência, contou que acabou associando o cheiro característico do álcool com a figura pai. Há cinco anos, depois que o pai havia falecido por problemas de saúde, ao limpar a casa com álcool de cozinha e o cheiro evocar memórias do pai, pensou em misturar o álcool de cozinha com água e açúcar e fazer uma espécie de licor para beber, foi o que fez. Após este contato inicial com o álcool, o uso se intensificou e trouxe diferentes prejuízos, passou a negligenciar o cuidado com as filhas, tendo a filha mais velha assumido as funções de cuidado da casa e a responsabilidade pelo dinheiro que o pai entregava para comprar comida, perdendo assim a confiança do companheiro e das filhas. Na esfera profissional, a participante consumia o álcool de cozinha no ambiente de trabalho enquanto exercia suas funções na limpeza. Há dois anos teve um desmaio no ambiente de trabalho em função do uso do álcool, foi levada para o hospital, quando sua chefia descobriu que o motivo do desmaio estava relacionado ao uso do álcool, foi demitida. Depois disso, não conseguiu outro trabalho formal, o que, segundo ela, contribuiu para o agravamento de seu problema com o uso da substância. No que se refere a seus projetos de vida, deseja resgatar os vínculos e a vida harmoniosa em família, pensa em voltar a estudar para conseguir um trabalho e dar uma vida melhor para as filhas. Em relação aos projetos que tinha no passado, conseguiu realizar o desejo de ser mãe e de que suas filhas tivessem o mesmo pai. No que tange às relações mais próximas, demonstrou fragilidade dos vínculos, conforme pode ser observado em seu mapa de rede.

Figura 7 - Mapa de Rede Individual da Participante 4



O mapa de rede da participante indica a ausência de vínculos significativos em sua vida, as pessoas que compõem a sua rede social significativa são as duas filhas, uma irmã e a mãe, não inseriu o companheiro, pois, segundo ela, neste momento ele é alguém que lhe traz mais sofrimento do que ajuda. Entre as funções principais, o que mais recebe é o apoio emocional, vindo da mãe e da filha mais velha. Se por um lado a participante demonstrou a existência de projetos de futuro que envolve a família e sua vida acadêmica e profissional, por outro, suas relações apresentam-se limitadas e fragilizadas, tanto no que se refere ao número de pessoas, contextos de relações e funções desempenhadas pelos membros, implicando na fala de apoio para a construção e efetivação de um projeto de futuro. Considerando que as relações e a rede de apoio são elementos importantes na construção e concretização de projetos de vida (Velho, 1997), este demonstra ser um aspecto que precisa ser priorizado em sua trajetória de cuidado.

### *Participante 5*

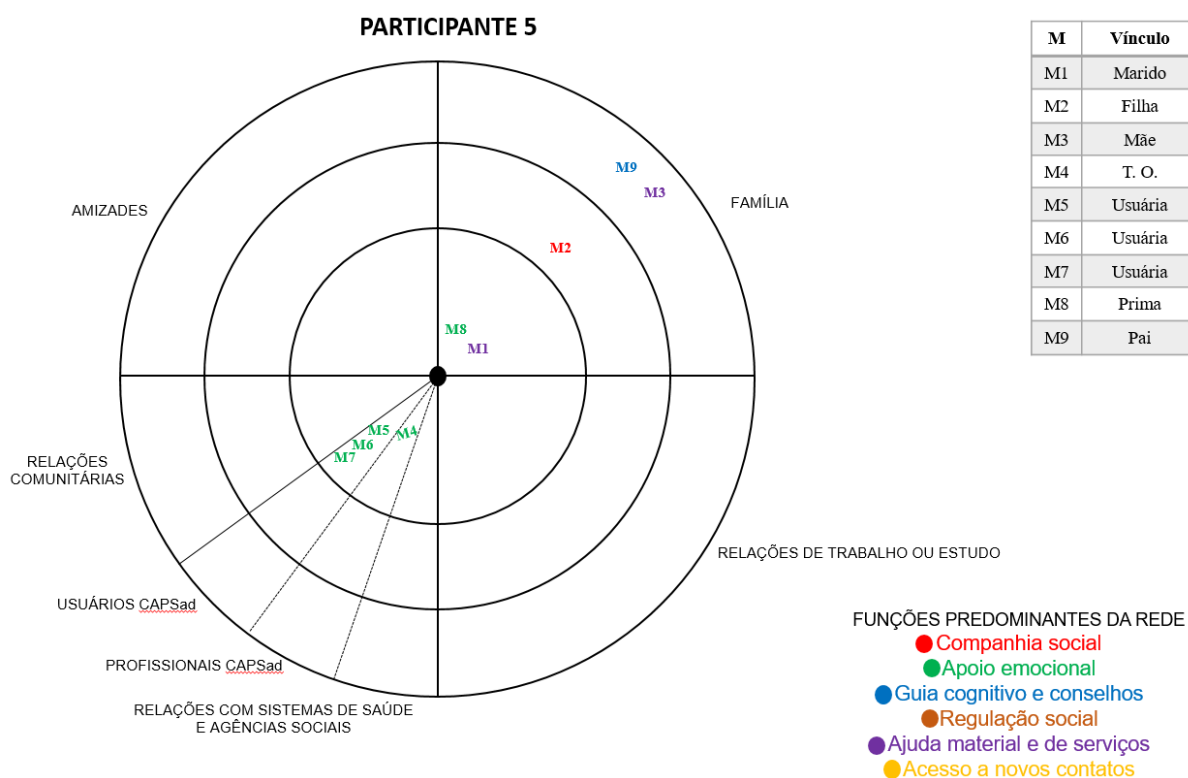
Participante com 36 anos, casada há 10 anos, tinha uma filha de 20 anos. Graduada e pós-graduada em Direito e cursando Sistemas de Informação na modalidade à distância, não estava trabalhando no período de realização da pesquisa. Expressou-se de forma bem articulada, contou que sempre foi muito inteligente, entrou na faculdade um ano antes do período esperado e sempre se destacou nos estudos. Entretanto, se por um lado era considerada

uma aluna excelente, por outro, relatou sofrer *bullying* desde a infância, não só no ambiente escolar, mas principalmente no ambiente familiar. Contou que sempre foi muito cobrada e criticada pelos seus pais, de quem considera ter sido vítima de assédio moral. As cobranças e críticas que recebia se referiam a sua aparência e a tudo que ela fazia, considera ter sido uma criança infeliz e isolada. Na adolescência, engravidou, resultado de uma única relação que teve com um rapaz por quem havia se apaixonado e por quem foi abandonada após engravidar. Com a gravidez na adolescência a relação com os pais piorou, as cobranças e críticas se intensificaram, a família passou a chamá-la de “vagabunda” e ameaçavam mandá-la embora de casa sem que pudesse levar sua filha consigo. De fato, teve pouca oportunidade para exercer e vivenciar a maternidade, a filha passou boa parte da vida com os avós. Contou que os pais sempre primaram pela aparência e status, e por isso a incentivaram a cursar a faculdade de Direito, junto com ela, se matriculou a mãe, que passou a acompanhá-la nas aulas, afirmou ter sido uma experiência “traumática”, a mãe seria uma pessoa preconceituosa e expressava seus preconceitos para a turma toda, diante disso, assim como na infância, ela se retraía e se isolava. Fazia todos os trabalhos da faculdade para a mãe e as duas concluíram a graduação juntas, ela passou no Exame da Ordem dos Advogados do Brasil, a mãe não. Profissionalmente, atuou no sistema prisional do Estado de Santa Catarina após ser aprovada em um concurso público, entretanto, disse que o trabalho a adoecia e após alguns anos pediu demissão. Atuou também como advogada, conduziu 20 Tribunais do Júri, algo que o pai valorizava muito, ainda assim, disse que o pai só a criticava e a desqualificava enquanto profissional, acabou abandonando o Direito. Foi então que, por intermédio de um Pastor da igreja que frequentavam, conheceu o atual marido, mesmo sem o apoio da família, após quatro meses de namoro casaram-se e mudaram-se de cidade. Considera que o dia do seu casamento foi o dia mais feliz de sua vida, e atribui ao casamento o ponto de viragem positivo para a sua vida. Acredita que as experiências que viveu com a família acabou desencadeando problemas para a sua saúde mental e o uso abusivo do álcool, contudo, questiona os possíveis diagnósticos que tentam lhe atribuir, analisando criticamente o estabelecimento do que chamou de “rótulos”. Iniciou o uso do álcool há cerca de quatro anos como recurso para amenizar dores que sentia em função de um quadro de fibromialgia, posteriormente, continuou a usar para lidar com as “dores da alma”. Iniciou o acompanhamento no CAPSad III há duas semanas e avaliou positivamente o cuidado recebido. Contou que se mantinha usando álcool, mas reduziu a quantidade. Sobre seu projeto de vida, afirmou não ter um projeto, não pensa no futuro, disse já ter se frustrado com metas e projetos estabelecidos e que não foram realizados, por isso, prefere não pensar no futuro. Indicando assim, que o próprio projeto se refere a viver o tempo presente, sem lançar-se em



expectativas e objetivos de futuro. Ao analisar retrospectivamente seus projetos, teve dificuldade para identificar o que de fato foi um projeto seu e o que foi um projeto de sua família, o qual ela teria apenas seguido na tentativa de corresponder às expectativas familiares. No que se refere às relações e atividades sociais, fica só em casa, passa a maior parte do tempo sozinha e apesar de todo conflito com a família, mantém contato telefônico diário com os pais, o que reduz seu sentimento de solidão. Sua rede de relações significativas mostrou-se restrita:

Figura 8 - Mapa de Rede Individual da Participante 5



O mapa de rede da participante 5 evidencia a restrição dos vínculos, sendo estes exclusivos ao contexto da família e do CAPSad. Chama a atenção o fato de que, apesar de frequentar o serviço há pouco tempo, já estabeleceu relações próximas e significativas com usuárias e com a profissional que conduz o grupo de mulheres. Seus vínculos familiares mais próximos foram o marido e uma prima, a filha e os pais foram colocados mais distantes. Seu único irmão não foi incluído no mapa. Sobre as funções principais desempenhadas, destaca-se o apoio emocional recebido, especialmente pelos vínculos do CAPSad. Sua trajetória demonstra diferentes dificuldades relacionais no contexto familiar e a ausência de relações comunitárias, fato confirmado no seu mapa de rede. Considerando a dificuldade de a participante engajar-se em um projeto de futuro e a ausência e/ou fragilização de vínculos que

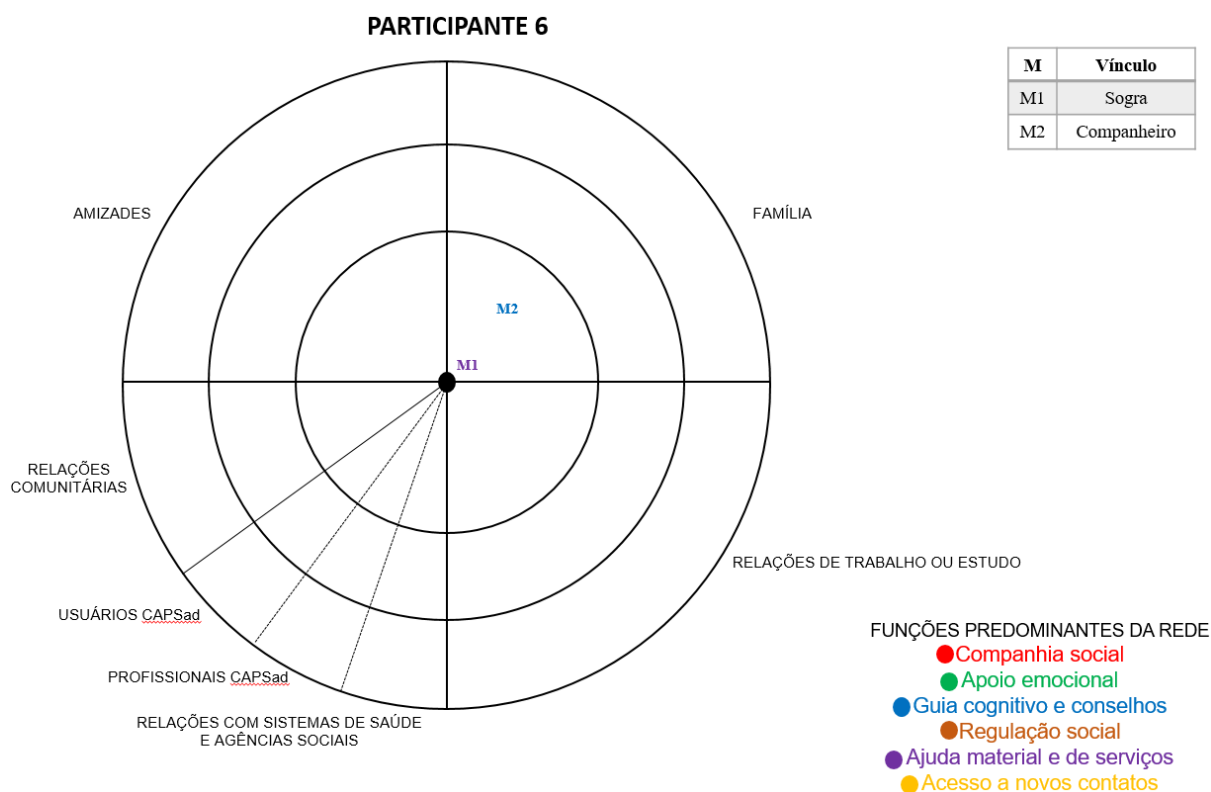
possam contribuir nesse processo, vislumbra-se como uma das possibilidades do cuidado contribuir para ampliação de vínculos e o resgate de perspectivas de futuro.

### *Participante 6*

Com 37 anos, a participante 6 vivia em uma união estável há dois anos, não tinha filhos e estava desempregada. Já teve um casamento anterior mas havia se divorciado a cerca de 10 anos. Havia trabalhado em uma cervejaria por sete anos, trabalho que, segundo ela, garantia uma remuneração que lhe proporcionava segurança para viver, entretanto, após um acidente de trabalho foi afastada e passou a receber um auxílio doença. Refere-se a esse tempo em que trabalhava como um período muito bom, estudava, trabalhava, tinha “dignidade e respeito”. Atualmente, estava em busca de um emprego, porém, contou que dos trabalhos que conseguiu acabou sendo demitida em função do abuso do álcool. O primeiro contato com o álcool foi quando ainda era criança, lembra que o pai a levava no bar e molhava sua chupeta na cachaça. O início efetivo do uso abusivo, porém, ocorreu há aproximadamente quatro anos por influência de amigas e colegas que conheceu quando foi residir em outro bairro de sua cidade. Contou que quando trabalhava pagava seu aluguel, alimentação, conseguia suprir suas necessidades e ainda ajudava a família, depois do acidente e da redução do salário, começou a passar por necessidades financeiras, perdeu sua residência e não foi acolhida por sua família, passou então a viver em situação de rua. Tinha apenas uma mala de roupa, passava o dia no bar e a noite procurava a casa de algum conhecido para dormir, foi nesse cenário que conheceu o atual companheiro, foi dormir na casa dele e deste então estão juntos, apesar de ser um relacionamento conflituoso, com diferentes violências verbais, afirma que pelo menos agora tem alguma segurança, vive em condição de dependência econômica da família dele. A sogra, que mora na mesma residência, a ajuda muito, inclusive comprando roupas e itens de higiene básicos para ela. O companheiro também faz o uso do álcool, ele trabalha a noite como entregador, quando chega em casa, bebem juntos. Por vezes, passa alguns dias bebendo direto, como a sogra não aprova o uso, durante o dia vai para o terminal rodoviário e faz o uso lá, só volta para a casa à noite, para então beber junto com o companheiro. Foi a sogra que a levou para o CAPSAd III, tendo iniciado o acompanhamento no serviço há uma semana. Continuava fazendo o uso abusivo do álcool mas salientou que desejava muito parar, pretendia voltar a estudar e trabalhar, queria ter sua “dignidade de volta”. Em relação a seu projeto de vida, afirmou que o seu principal objetivo é parar de beber, acredita que interrompendo o uso poderá retomar seus projetos de vida, voltar a trabalhar e estudar. Este sempre foi seu projeto, afirmou que nunca desejou ter uma família, o que pretendia era estudar, trabalhar e ser independente.

Em relação a sua família de origem, contou que a história familiar foi permeada por diferentes problemas, incluindo dificuldades financeiras, alcoolismo do pai, traições e violência doméstica. Queixou-se de que a família só esteve próxima a ela quando podia ajudá-los financeiramente, agora que ela precisava de ajuda, foi abandonada pelos familiares. O contato com a família era quase inexistente, se restringindo a poucas trocas de mensagens com a irmã apenas para obter informações sobre os sobrinhos. As fragilidades de suas relações significativas foram evidenciadas em seu mapa de rede:

Figura 9 - Mapa de Rede Individual da Participante 6



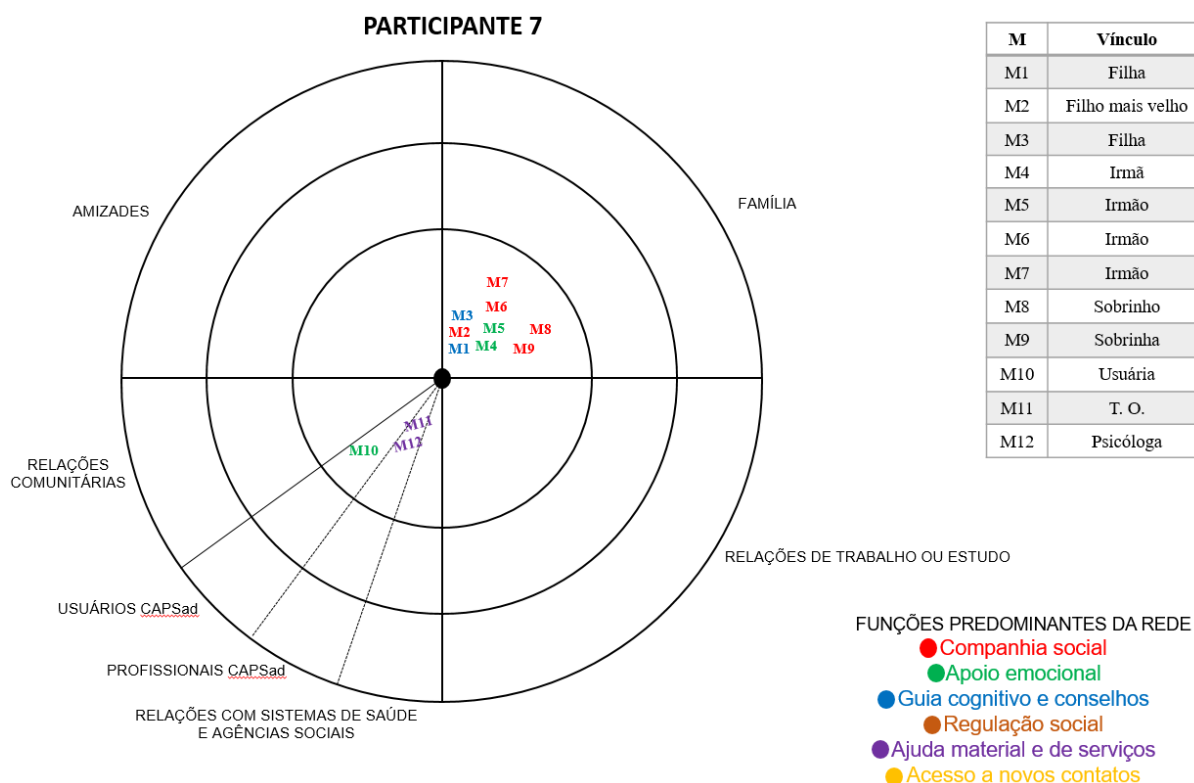
O mapa de rede da participante é composto por apenas duas pessoas, mostrando-se uma rede bastante limitada e fragilizada (Sluzki, 1997). Os membros são a sogra, que lhe oferece ajuda material, e o companheiro, que, segundo ela, lhe dá muitos conselhos. Analisando a trajetória e o momento atual de vida da participante, percebe-se que a ausência de apoio limita suas possibilidades, inclusive, frente a sua dependência da família do companheiro, acaba mantendo-se nessa relação apesar das agressões verbais sofridas. Diante das diferentes dificuldades, como as financeiras, o isolamento, o desemprego e a atual falta de sentido para a vida, o álcool parece configurar-se como um recurso para suportar tal realidade. Apesar da participante apresentar um desejo e projeto de futuro concreto, relacionado a trabalho e estudo, falta engajar-se ativamente e mover-se no sentido de realizá-lo, já que a realização do projeto

depende da atuação ativa do sujeito (Velho, 1997). Fortalecer e ampliar vínculos e atuar no sentido de ajudá-la no processo de implicação para a realização de seu projeto, pode representar efetivamente um fator protetivo para o uso abusivo do álcool. Assim, delineia-se um caminho potente de resgate de sentido e de possibilidades de vida para a participante.

#### *Participante 7*

Participante tinha 51 anos, Ensino Fundamental Completo, era pensionista do INSS. Viúva, três filhos (31a, 27a e 23a), vivia sozinha, mas em uma residência dividida entre a moradia dela e do filho de 31 anos. Sua família de origem era grande, tem 17 irmãos e lembrava com saudosismo de sua infância, apesar das dificuldades financeiras vividas pela família, afirmou que este foi um período feliz. Também sentia saudades de quando os filhos eram pequenos, considerava que foi um tempo bom de sua vida, já quando os filhos cresceram: “não é tão bom”. Seu pai e alguns irmãos bebiam, casou-se e seu marido também fazia o uso do álcool, nesse tempo, ela bebia junto com o marido, mas não se tratava de um uso abusivo. Há cerca de 10 anos ficou viúva, o marido faleceu aos 44 anos por problemas de saúde. Posteriormente, passou a se relacionar com uma pessoa com quem ficou por seis anos e há sete meses tinham se separado. Afirmou que foi a relação com este último companheiro que a levou a fazer o uso abusivo do álcool, ambos bebiam, era uma relação conflituosa, com agressões físicas e verbais. Seu relato sugere que este companheiro a prostituía, ela não falou claramente sobre isso mas disse não ter coragem de falar sobre as coisas que aconteceram em relação ao sexo e sentia-se envergonhada e perseguida pelos julgamentos da vizinhança. Foi há aproximadamente seis anos que iniciou o uso abusivo, disse que o álcool lhe deixa mais calma e alegre, mas diante da reprovação dos filhos, pretende parar de beber e vem reduzindo o consumo. Está em acompanhamento no CAPSad há um mês, frequentando duas vezes na semana e afirmou sentir-se melhor. Em relação ao futuro, disse que seu desejo é parar de beber e de fumar, não quer mais sentir-se “anulada”, deseja ter motivação para fazer suas coisas e seguir sua vida, também gostaria muito de ter um neto, acredita que ser avó lhe trará felicidades e realizações. O projeto de vida que tinha no passado era casar e ter filhos, nesse sentido, conseguiu realizá-los já que foi casada e teve filhos, além disso, conseguiram construir uma casa. Ainda sobre o que pretende realizar no futuro, mencionou que às vezes considera ir morar na praia, mas tem receio de que lá fique muito solitária, a solidão já é algo frequente em sua vida e que lhe traz sofrimento. O relacionamento com os filhos parece ser mais distante e suas relações comunitárias limitadas:

Figura 10 - Mapa de Rede Individual da Participante 7



A rede social significativa da participante é composta por 12 membros, sendo eles filhos, irmãos, sobrinhos, profissionais e usuária do CAPSad, reiterando a centralidade das relações nestes dois contextos, o que acaba por reduzir a efetividade da rede (Sluzki, 1997). A principal função desempenhada pelos membros foi a companhia social, indicando que há pessoas que lhe fazem companhia em diferentes momentos, contudo, contar com tal companhia não foi suficiente para que deixasse de se sentir só, demonstrando que a solidão é algo complexo, que envolve mais do que ter ou não uma companhia. Além disso, chamou a atenção o fato de que, ao construir o mapa de rede, a participante foi questionada sobre como os filhos a ajudavam, ela respondeu que na verdade era ela quem mais ajudava os filhos, especialmente no aspecto financeiro, enquanto que a ajuda dos filhos eram principalmente conselhos para que ela deixasse de beber. Nesta atual realidade de vida marcada pela solidão, falta de motivação e fragilização da rede social significativa, tanto em termos de vínculos como de funções desempenhadas, torna-se mais difícil para a participante desejar e mover-se para realizar seus projetos pessoais, portanto, estes deveriam ser elementos centrais do seu processo de cuidado.

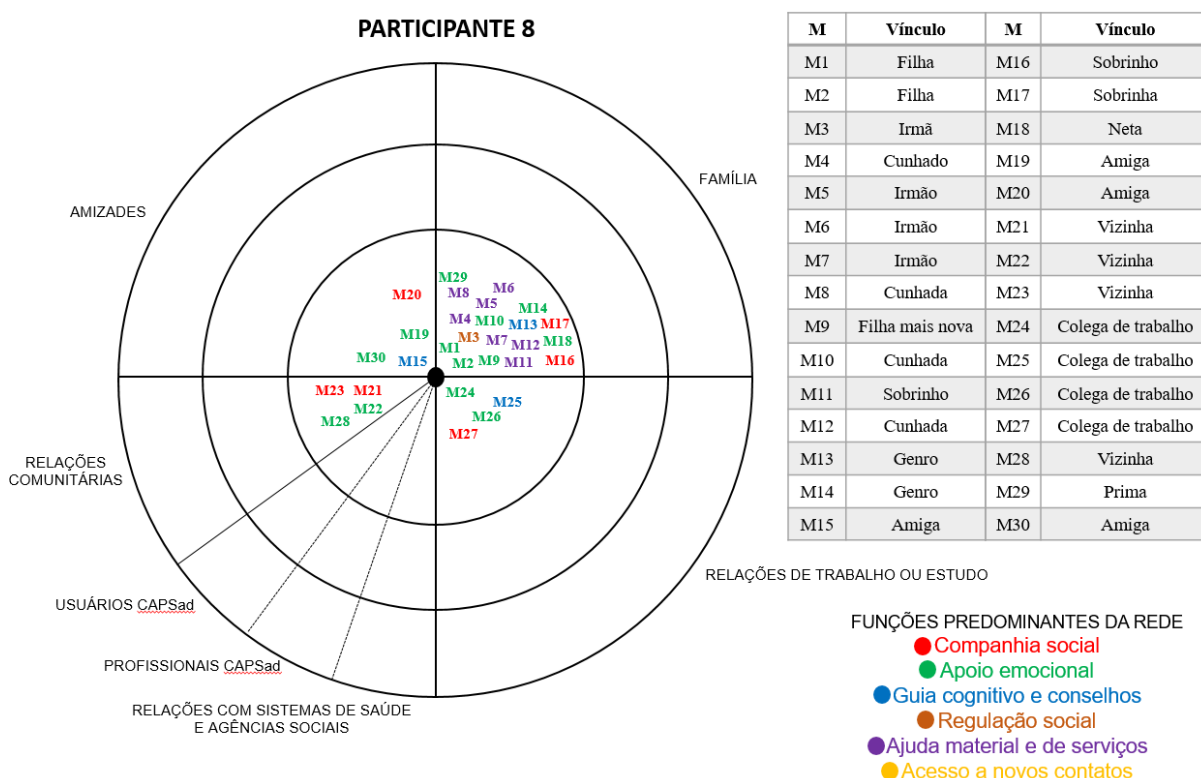
### *Participante 8*

Participante com 48 anos, Ensino Fundamental Completo. Viúva, três filhas (27a, 24a e 11a), reside com a filha mais nova. Foi casada por 11 anos, há cerca de 15 anos o marido

faleceu por complicações de saúde. Após o falecimento do marido teve um outro relacionamento que definiu como um namoro, dessa relação teve a terceira filha. Ainda no período da gestação, esta relação terminou, o pai não quis assumir a filha e ela precisou acionar a justiça para garantir seus direitos. No período de realização da pesquisa estava solteira e desempregada, tendo como renda a pensão que recebia do pai da filha de 11 anos, no valor de R\$280,00. Sempre trabalhou como serviços gerais, na área de limpeza, recentemente perdeu um trabalho que tinha um bom salário pois os donos do estabelecimento descobriram que ela fazia o uso do álcool, segundo ela, mesmo indo trabalhar sem o efeito do álcool, o cheiro que exalava acabou denunciando o uso, e por esta razão foi demitida. Falou com muito carinho da sua família, ressaltou a proximidade que tem com as filhas e o quanto elas a ajudam, também recebe ajuda dos seus irmãos, cunhados e sobrinhos, frisou que tem uma família grande e unida. A família sempre foi muito presente, reúnem-se com frequência e atribuiu o sentido da sua vida à família que possui. Os irmãos a ajudam nas despesas da casa, mora próximo aos irmãos e reside no mesmo lugar há 26 anos, refere ter uma excelente relação com os vizinhos e considera que vivem efetivamente em uma comunidade, sente-se cercada de pessoas que a ajudam, com quem pode contar e sente-se muito feliz por viver essa experiência. Falou que tem reavaliado a sua vida e tem conseguido reconhecer o quanto é feliz e privilegiada por ter uma família unida, que a ajuda e considera ter muitos motivos para agradecer. Sua narrativa demonstrou um olhar otimista sobre a vida, em vários momentos enfatizou a importância da família e a boa relação que mantém. Ao ser questionada sobre o uso do álcool, contou que iniciou o uso há mais de 30 anos, quando era jovem e saía com amigos para boates na cidade que residia, depois foi inserindo o álcool na sua rotina, já casada e com as duas filhas, bebia caipira todas as noites enquanto cozinhava, porém, considera que não se tratava ainda de um uso problemático. Foi diante de diferentes perdas que teve, como a morte do marido, da mãe e de um sobrinho, que o consumo foi se intensificando, até que no último ano passou a beber álcool de cozinha, o que teria agravado seu problema. O abuso do álcool trouxe prejuízos para a sua vida profissional e pessoal, perdeu o emprego e na esfera pessoal, a família passou a evitá-la, como quando os irmãos não permitiam que os sobrinhos crianças fossem visitá-la e quando as filhas deixavam de convidá-la para sair porque ela fazia as filhas “passarem vergonha”, foi diante dessa situação que resolveu parar de beber e buscou ajuda. Está em acompanhamento no CAPSad há um mês e desde então não bebeu mais, frequentava o serviço três vezes na semana e afirmou sentir-se muito bem no serviço. Ao contar sua história, falou com facilidade das coisas boas de sua vida, especialmente da família, entretanto, ao falar de questões difíceis, como o uso do álcool, teve mais dificuldade para se expressar, sendo mais objetiva em suas respostas. Quando questionada

sobre seus projetos de vida, respondeu sem hesitar que o que mais deseja é estar sempre perto da família, quer ter uma família grande e unida, acabou de ser avó e espera ter mais netos. Este sempre teria sido seu projeto de vida, por isso, em alguma medida, avalia que alcançou muito do que desejou já que sua família é grande e bastante unida, sente-se feliz e agradecida por isso. Além da questão familiar, para o futuro, planeja e está se preparando para voltar a trabalhar, este seria um dos motivos para sua procura pelo CAPSad, já trabalhou em lugares bons e pretende melhorar para retomar sua vida laboral. Falou também da alegria que o período do Natal representava para ela quando a mãe ainda estava viva, era quando toda a família ia visitar a mãe e ficavam por dias reunidos em sua casa, deseja resgatar essa alegria que o Natal sempre representou para ela e sua família. Apesar de estar sempre cercada pela família e pessoas próximas, expressou que, por vezes, sente falta de um companheiro, gostaria de ter alguém para compartilhar a vida e espera ainda encontrar essa pessoa. Sua rede social significativa é bastante ampliada:

Figura 11 - Mapa de Rede Individual da Participante 8



A rede social significativa da participante 8 é composta por 30 pessoas, caracterizando-se como uma rede extensa, que pode deixar de ser tão efetiva uma vez que um membro pode supor que outro já ofereceu o apoio que a pessoa precisava e assim, ela acaba ficando desassistida (Sluzki, 1997). Entretanto, no caso desta participante, sua rede parece suprir todas

as suas necessidades, é sua rede social que possibilita que ela enfrente as dificuldades e encontre sentido para a sua vida. Entre as funções que ela mais recebe dos membros da rede é o apoio emocional, seguido pela ajuda material e de serviços. Suas relações são bastante próximas, todos os membros foram inseridos no círculo interno, representando tal proximidade. Outro ponto que chama a atenção é que os membros da rede são de diferentes contextos, incluindo, família, ex-colegas de trabalho, amigos e vizinhas, o que torna a rede mais heterogênea e efetiva (Sluzki, 1997). Diante dessa rede extensa, nenhum membro do CAPSad foi inserido, sugerindo que ao ter relações ampliadas e fortalecidas advindas de outros contextos, o CAPSad ainda não se constituía como um espaço de estabelecimento de vínculos mais significativos. A trajetória da participante sinaliza que, ao ter uma rede de relações próximas e potentes, que oferecem apoio e dão sentido para a sua vida, sentiu-se fortalecida para buscar ajuda para lidar com os problemas relacionados com o uso do álcool e então, retomar seus projetos pessoais. Neste sentido, sua história demonstra a importância das relações enquanto recurso para lidar com as adversidades e para impulsioná-la a (re)construir projetos de vida e engajar-se para a sua realização.

#### *Participante 9*

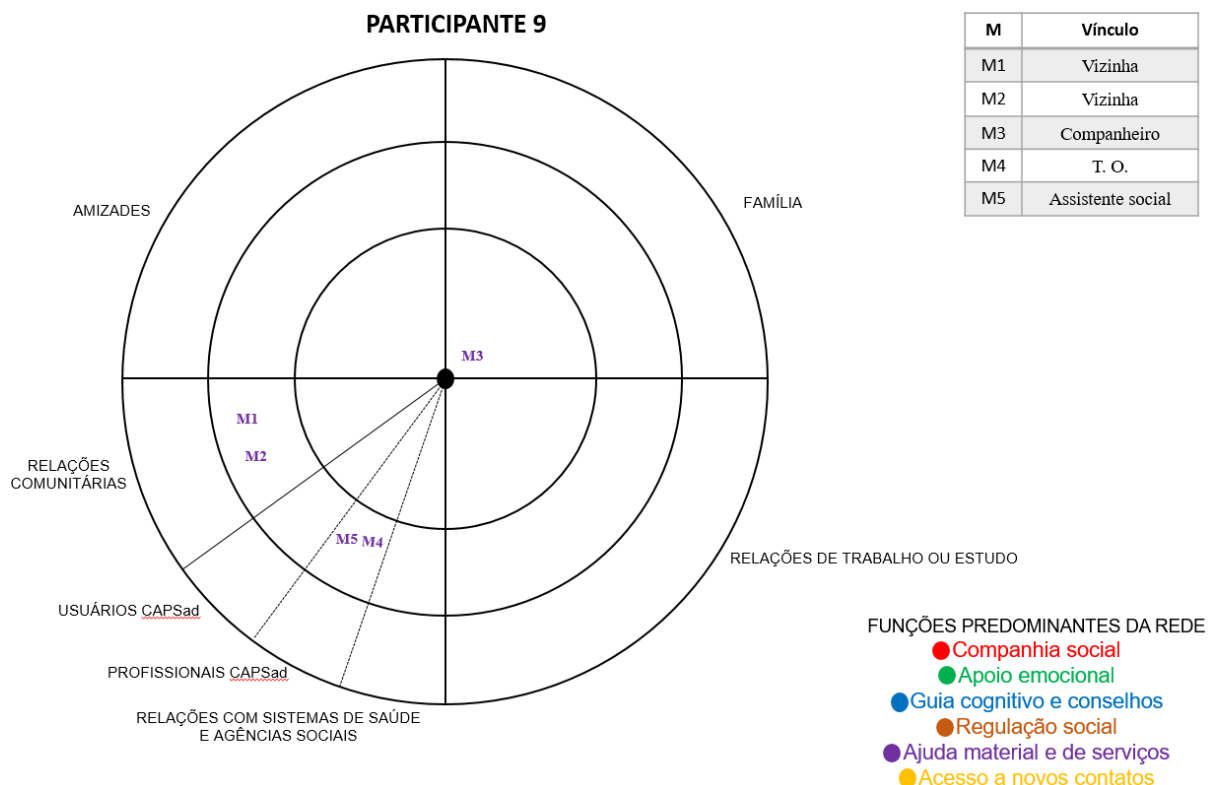
A Participante tinha uma limitação na audição e solicitou que a entrevistadora falasse mais alto para que pudesse ouvir melhor, solicitação que foi prontamente atendida. A participante também apresentava uma dificuldade na dicção, que pareceu estar comprometida pela ausência de dentes, contudo, respondeu a todas as perguntas e foi possível compreender sua fala. Assim, apesar de tais limitações, a comunicação entre entrevistadora e participante não foi prejudicada e a entrevista ocorreu sem nenhuma interrupção ou complicação. A participante tinha 58 anos, Ensino Fundamental Incompleto. Vivia em união estável há seis anos, teve quatro filhos de relacionamentos anteriores, não lembrava com exatidão a idade deles mas disse terem entre 32 e 18 anos. Não ficou com nenhum de seus filhos, todos, ainda pequenos, foram entregues por ela a outras famílias. Afirmou que não tinha condições de cuidá-los, já fazia o abuso do álcool o que, segundo ela, comprometia o exercício da maternidade, também não tinha condições financeiras para garantir segurança e o cuidado adequado das crianças, por isso, julga que fez uma boa escolha ter entregue os filhos, considera que assim eles puderam ter melhores condições de vida. Atualmente tem algum contato com os dois filhos mais velhos, com os dois mais novos nunca mais teve contato. Sobre o uso do álcool, contou que iniciou o uso quando tinha 20 anos com o então companheiro que fazia caipirinha para eles todos os dias, o uso foi se acentuando e passou a ter problemas em função do uso abusivo. Foi



internada duas vezes no antigo Hospital “Colônia Santana”, depois foi encaminhada ao CAPSad onde está em acompanhamento há mais de cinco anos, frequentava o serviço duas vezes na semana, e afirmou estar há alguns meses sem beber. Salientou que o apoio que recebe das profissionais no CAPSad é muito importante, em especial da Assistente Social que estava lhe auxiliando no processo de solicitação de aposentadoria junto ao INSS. Em relação aos usuários do serviço, disse que ninguém fala com ela. A situação de vida da participante era de extrema vulnerabilidade, a única renda que tinha era do companheiro que trabalhava com construção civil e recebia por dia trabalhado, mas nem sempre havia trabalho. Tinham dificuldades para conseguir pagar o aluguel e comprar comida, contando com ajuda de vizinhos e de filha para garantir o alimento. Ela sempre trabalhou como diarista, exercendo atividades domésticas, porém, há um ano teve o diagnóstico de infecção pelo HIV, quando as pessoas que a contratavam souberam de seu diagnóstico, deixaram de chamá-la para trabalhar e ela ficou praticamente sem trabalho e sem renda. Atualmente é raro aparecer alguma oportunidade de trabalho e quando aparece, é para limpar apenas o jardim, segundo ela, para que não tenha contato com a casa e com as pessoas que lá residem, mas afirma que o valor que recebe é muito inferior ao valor de mercado, sente-se discriminada e desvalorizada. Acredita que tenha se contaminado com o vírus da Aids há alguns anos, disse que sempre foi muito “namoradeira”, transava sem preservativo e nunca se preocupou com isso. Descobriu ser portadora do vírus ao fazer exames para a realização de uma cirurgia, conta que ao receber o diagnóstico ficou “abalada”, mas agora lida melhor com o fato. Após receber o diagnóstico, o companheiro também fez o teste, mas o resultado foi negativo. Atualmente apresenta algumas complicações de saúde, entre elas, um problema na bexiga que faz com que tenha incontinência urinária, o que lhe traz muito desconforto, especialmente em ambientes públicos já que não têm nenhum recurso adequado, como fraldas descartáveis, utiliza panos, o que por vezes é insuficiente e a urina acaba passando em suas roupas, ainda assim, não deixa de ir ao CAPSad. Em relação ao companheiro, afirma que vivem muitos conflitos, ele faz o uso do álcool, queixou-se de que ele não toma banho e de que não a procura para ter relações sexuais, e quando a procura, não usa camisinha, teme que ele já esteja contaminado pelo vírus do HIV. Enfatizou que toda a sua história de vida foi de sofrimento, saiu de casa com a mãe quando ainda era criança, passaram por muitas dificuldades. Perdeu o vínculo com a família de origem, contou que a família nunca foi unida e nem fonte de apoio. Ainda em relação aos filhos, disse que os dois com quem tem contato não gostam do seu companheiro e nunca a visitam, entretanto, afirmou que não pode separar-se do companheiro já que é ele quem paga o aluguel e custeia as demais despesas. Queixa-se de ficar muito sozinha, passa os dias em casa sem ter o que fazer e sem perspectivas,

como ocupação, procura algo em casa para limpar. Ao ser questionada sobre seu projeto de vida, disse que não tem e nunca teve nenhum projeto. Avalia que sua vida foi só de sofrimentos e de privação. Tem uma rede de apoio muito limitada:

Figura 12 - Mapa de Rede Individual da Participante 9



A participante 9 possui uma rede social significativa limitada, com vínculos restritos aos profissionais do CAPSad, vizinhas e ao companheiro. Em todos os casos, a função principal desempenhada pelos membros é a ajuda material e de serviços, o que se justifica frente a sua condição de vulnerabilidade socioeconômica, e a consequente ajuda material que recebe das vizinhas e do companheiro, além disso, o apoio profissional recebido no CAPSad. Assim, embora limitados, são os vínculos de sua rede social que estão viabilizando os recursos básicos de vida. A trajetória da participante é marcada por diferentes dificuldades e privações, tanto de ordem material como afetiva e relacional, o que pode explicar sua dificuldade para estabelecer um projeto e encontrar um sentido para a sua vida. Frente a tais dificuldades, o álcool parece ter se constituído como um recurso para que conseguisse (sobre)viver. Sua história demonstra que, diante de vulnerabilidades extremas de vida, o campo de possibilidades para se construir e realizar projetos de vida fica muito limitado, nesse sentido, seu cuidado integral passa, primeiro, pela garantia de condições básicas adequadas de vida, só então torna-se possível

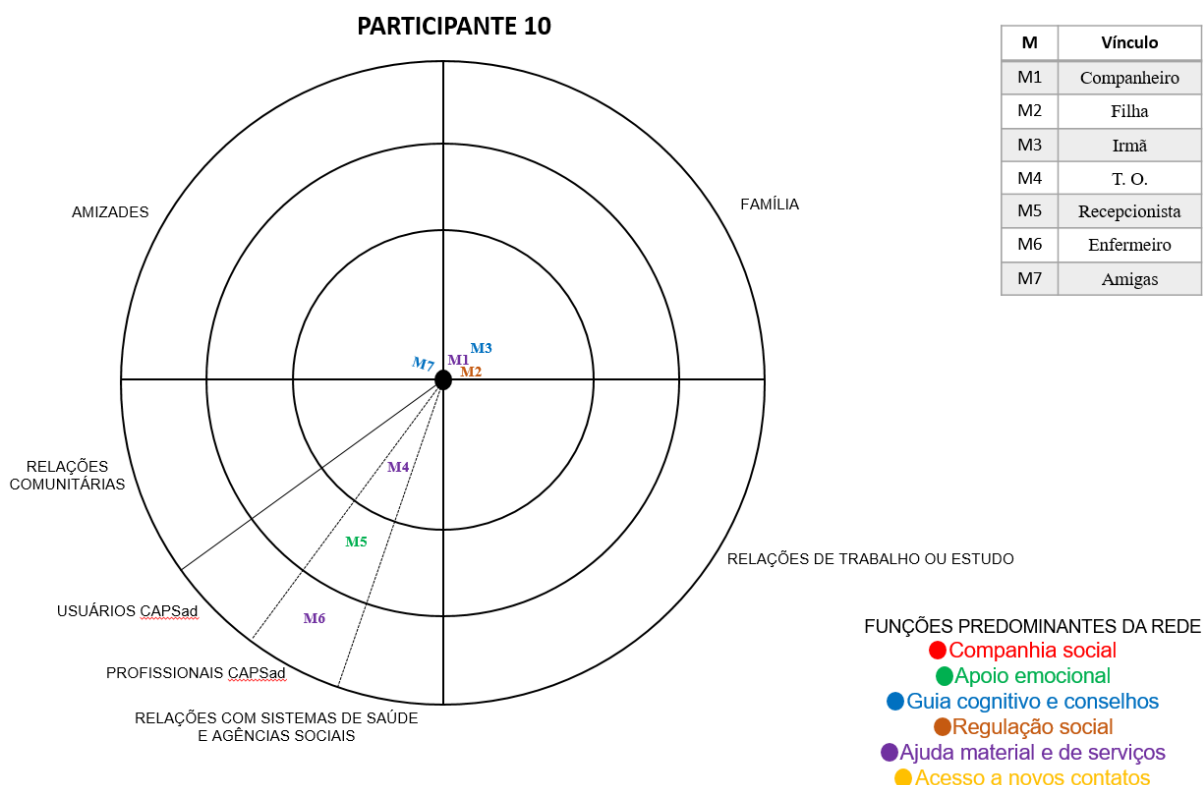
considerar efetivamente a construção de projetos de vida e o fortalecimento de relações significativas.

#### *Participante 10*

Participante com 48 anos, não concluiu o Ensino Fundamental e no período da entrevista estava desempregada. Tinha dois filhos (28a e 34a), vivia em uma União Estável há dois anos e residia com o companheiro. Logo no início da entrevista falou sobre a relação atribulada e violenta que vivia com o companheiro, boa parte de sua narrativa foi centrada na queixa desta relação, relatou vários episódios de violência física e verbal, e situações de hospitalização em função das agressões sofridas. Contou que na noite anterior à entrevista, o companheiro, que normalmente saía a noite para jogar e voltava alcoolizado, ao chegar em casa passou a lançar facas em direção a porta da cozinha de modo a fixá-las na madeira da porta, ela estava deitada no quarto e entendia esse lançamento de facas como uma ameaça para ela, disse ter medo de que, em uma das tantas brigas que eles têm, o companheiro possa matá-la. Relatou que já foi à Delegacia da Mulher prestar queixa, mas, segundo ela, nada resolveu, foi-lhe oferecido a opção de ir morar em um abrigo, mas considera que se for para um abrigo ficará ainda pior, não quer viver em um lugar com tantas regras. Afirmou ser totalmente dependente financeiramente do companheiro e por isso não vê condições de sair dessa relação apesar de toda violência e conflito que vive. Antes de conhecer o companheiro trabalhava como agente de limpeza em uma empresa, após conhecê-lo e ir morar com ele, saiu do trabalho. Também já tinha tido um comércio, uma mercearia, mas acabou falindo. O companheiro tem uma Oficina Mecânica e, segundo ela, teria um bom rendimento, entretanto, passado os primeiros meses de relação, os conflitos e violências começaram a surgir e tornaram-se rotineiros, foi então que ele passou a utilizar do domínio financeiro para lhe fazer ameaças. Antes do atual companheiro, não tinha tido nenhuma relação amorosa duradoura. No que se refere ao uso do álcool, contou que sempre bebeu, mas que foi após perder seu comércio que o uso se intensificou, isso porque teria “perdido tudo o que ainda tinha na vida”. Afirmou que o álcool foi o único recurso que encontrou para lidar com o sofrimento da perda, depois que conheceu o companheiro o uso continuou já que ele também bebia e comprava bebida para os dois beberem juntos. Há aproximadamente um ano percebeu que o álcool estava lhe fazendo mal e decidiu procurar ajuda, foi em uma pesquisa na internet que encontrou informações sobre o CAPSad, enviou um e-mail para o serviço solicitando atendimento, ressaltou que fez isso sozinha, que ninguém a encaminhou ou a levou ao CAPSad. Está no serviço há cerca de dez meses e frequenta duas vezes na semana. Relata que havia interrompido o uso do álcool, mas que nas últimas semanas

voltou a beber pois as brigas com o companheiro se tornaram mais frequentes e, segundo ela, diante disso a saída que encontra é beber. Enfatizou que teve uma história de vida de muito sofrimento, disse não lembrar de nenhum período ou evento feliz de sua vida. A família de origem tinha diferentes problemas, a mãe, que é falecida, fazia abuso do álcool e ficava muito violenta, conta que “baixava um treco” nela e ninguém conseguia segurá-la, hoje, familiares dizem que ela própria está muito semelhante à mãe. O pai ainda está vivo, reside em outra cidade, porém, tem pouco contato com ele. Em relação aos filhos, teve o primeiro na adolescência, mas não chegou a assumir efetivamente a maternidade, foi sua mãe quem cuidou do filho e a quem ele sempre considerou como mãe. Posteriormente, teve outra filha de um novo relacionamento, desta filha assumiu efetivamente o papel de mãe, mas, sempre tiveram uma relação distante, afirmou que a maternidade não era algo que desejava e nem se considerava uma boa mãe. Os filhos, hoje adultos e residentes em outra cidade, sabem dos problemas que a mãe vivencia na atual relação, mas, segundo ela, não oferecem apoio e uma ajuda concreta para que ela consiga sair desta relação. Contou que a filha, chegou a lhe oferecer moradia mas considera que este convite só foi feito porque a filha queria explorá-la, o genro também seria agressivo e desrespeitoso com ela, por isso recusou o convite. Seu relato indica que apesar de algumas alternativas terem sido lhe oferecidas para que conseguisse sair dessa relação (como ir morar no abrigo ou na casa da filha), nenhuma representava uma alternativa viável para ela, dificultando a resolução do problema. Questionada sobre projetos de vida e desejos de futuro, respondeu que não desejava e projetava nada, não via sentido para a sua vida e sugeriu, inclusive, o desejo de não mais viver, afirmando “eu só queria sair desse mundo”, revelando um sofrimento psíquico intenso. Sobre os projetos que tinha no passado, afirmou que pretendia estudar e ter uma carreira, entretanto, na medida que as dificuldades foram se impondo em sua vida, esses projetos foram ficando cada vez mais distantes até chegar o momento que desistiu de realizá-los. Ao ser questionada sobre as alternativas para que conseguisse sair da situação difícil que estava vivendo, respondeu que precisava de uma renda para ter independência financeira, estava tentando conseguir um benefício do INSS porque não teria condições de saúde para trabalhar, mesmo assim, caso não conseguisse o benefício iria procurar um trabalho. No que se refere às relações sociais significativas, há fragilidades e limitações nos vínculos:

Figura 13 - Mapa de Rede Individual da Participante 10



A primeira pessoa inserida no mapa foi o companheiro, que, segundo ela, apesar de todo o conflito que viviam, era quem a ajudava muito em termos materiais, oferecendo uma condição de vida confortável, algo que ela nunca teve. Inseriu também a filha que é quem exerce principalmente a função de regulação social e a irmã, que lhe dá muitos conselhos. Inseriu também uma amiga e profissionais do CAPSad. A fragilidade e limitações da sua rede social significativa constitui-se como um fator que restringe suas possibilidades de encontrar alternativas para a situação que vive e o sentido para a própria vida. A narrativa da participante foi centrada na relação que vivia com o companheiro, mesmo quando questionada sobre outros assuntos, sempre retomava para o tema da relação, indicando uma necessidade de falar sobre o assunto, o que converge com sua queixa de não conseguir ter um atendimento individual com a profissional do CAPSad, para quem gostaria de contar tudo o que estava vivendo. Frente a atual situação de vida, a participante não conseguia vislumbrar possibilidades e sentido para a sua trajetória, comprometendo seu projeto de futuro. Considerando esta realidade, evidencia-se que seu processo de atenção à saúde precisa ser efetivado a partir de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, de modo a contemplar as necessidades e situações mais emergenciais e prioritárias da sua vida. O fortalecimento de vínculos e a construção de um projeto de vida poderá fortalecer e viabilizar perspectivas de futuro mais esperançosas para a sua trajetória.

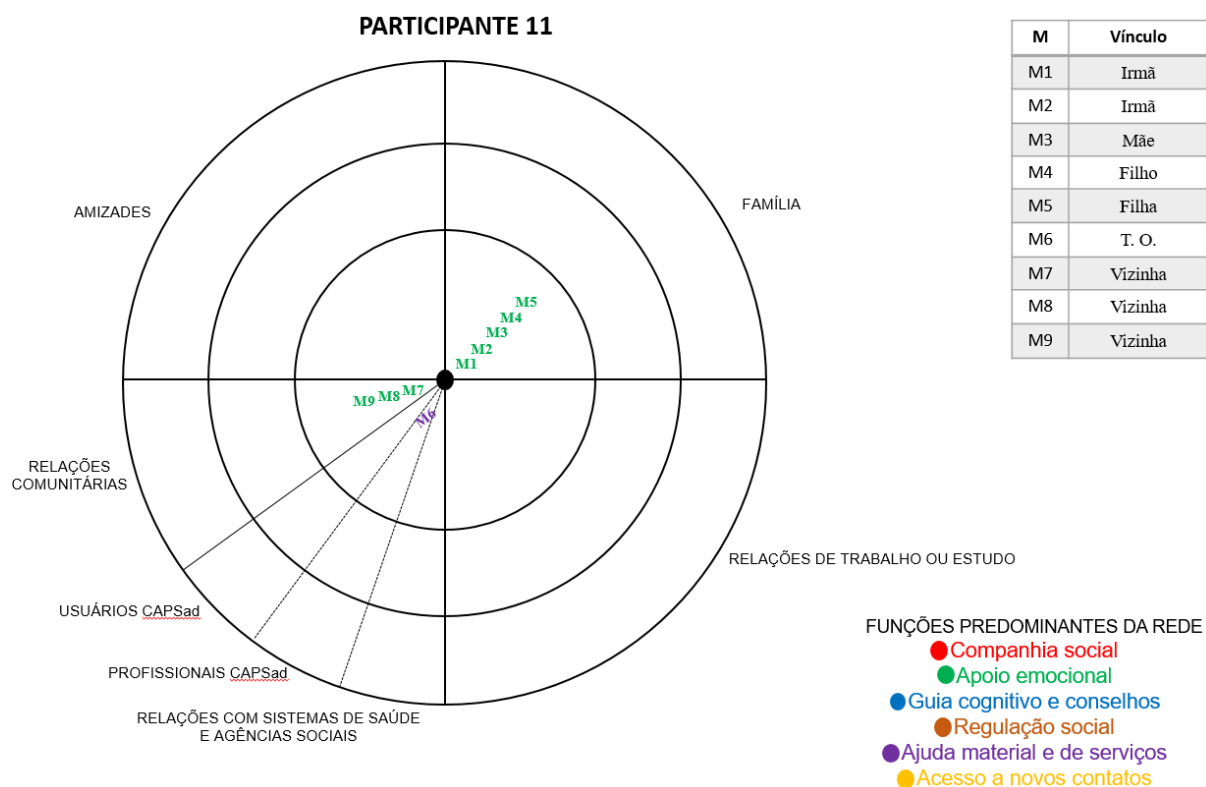
Observação: Ao relatar os episódios de violência e dizer que se sentia em risco de vida, a pesquisadora questionou se ela já havia falado sobre isso com os profissionais do CAPSad, a participante respondeu que não pois não tinha tido a oportunidade de conversar individualmente com a profissional e não queria expor sua situação no grupo. Considerando a situação de risco, a pesquisadora solicitou a autorização da participante para falar com a profissional de referência no CAPSad sobre a situação de violência relatada, a participante concordou e salientou que os profissionais precisavam saber o que ela estava vivendo. Após a entrevista, a pesquisadora conversou com a profissional e reportou a situação de violência narrada, a profissional disse que desconhecia esse fato e que iria agendar um atendimento individual com a usuária para o dia seguinte e que daria os encaminhamentos necessários.

### *Participante 11*

Com 56 anos, a participante 11 possuía o Ensino Fundamental – Séries Iniciais Completo. Era viúva, teve cinco filhos, um deles morreu ainda bebê, os outros quatro estavam com 37, 34, 29 e 20 anos. Era pensionista do INSS e residia com dois filhos. Relata que sua vida foi marcada por sofrimento, “eu vivi no mundo pra sofrer”. Contou que a mãe era uma pessoa difícil, desde criança tinha que acompanhá-la em diferentes situações, desde episódios envolvendo brigas com amantes do seu pai, até auxiliá-la em uma tentativa de suicídio, o que acabou por impedir ao chamar o pai no momento em que mãe cometeria o ato. Afirmou que sofria violência física e psicológica da mãe. Avalia que a mãe agia assim porque tinha seus próprios problemas e hoje mantém uma boa relação com ela. Seu pai faleceu há um ano, referiu ter sido sempre a responsável pelo cuidado dos pais e por resolver os problemas da família, ao mesmo tempo que fica feliz por fazer isso, sente-se sobrecarregada. Na vida amorosa, em seu primeiro casamento sofria violência física grave, sem trabalhar e com filhos pequenos, tinha dificuldade para sair dessa relação, solicitou então auxílio para a mãe que lhe negou ajuda e disse que ela deveria manter esse casamento por mais um tempo. As violências continuavam e, mesmo sem apoio, saiu de casa com os três filhos, alugou um pequeno espaço e foi morar com eles, conseguiu um trabalho e disse que “com muita luta” conseguiu sustentá-los. Passado um tempo iniciou um relacionamento com outra pessoa, com quem teve a última filha. Foi nesta relação que iniciou o uso abusivo do álcool, há mais de 20 anos. Novamente viveu uma relação marcada por conflitos e agressões, segundo ela: “ele me maltratava, me mandava beber, eu só via a minha saída pra mim me esquecer de tudo era beber”. Terminou essa relação pois não queria repetir tudo o que havia vivido e sofrido com o primeiro marido. Posteriormente, conheceu seu terceiro companheiro, que ela afirma ter sido uma pessoa muito boa e com quem

pode, finalmente, viver uma relação tranquila e afetuosa. Contudo, esse companheiro não gostava de sair e ela acabou se isolando, o que teria contribuído para que continuasse a fazer o uso do álcool: “eu fiquei enfiada dentro de casa, daí comecei a beber dentro de casa”. Há nove anos este companheiro faleceu de um Acidente Vascular Cerebral, sofreu muito com essa perda o que acabou intensificando o uso da bebida. Afirmou que diante das diferentes perdas que teve, o álcool foi seu único auxílio, gosta do seu ritual do uso, isso a acalma, bebe na varanda de casa ouvindo uma música, mas, afirma que precisa parar porque o álcool tem lhe trazido prejuízos, entre eles, o distanciamento dos filhos. O filho mais velho a cobra muito para que ela não beba e deixa de visitá-la em função do uso do álcool. Os filhos que moram com ela, embora vivam na mesma residência, não demonstram preocupação com a mãe, ao contrário, com frequência a agrediram verbalmente e mesmo violência física já ocorreu. Em relação ao acompanhamento no CAPSad contou que há nove anos já havia frequentado o serviço, abandonou quando o companheiro faleceu e há 4 meses retornou, vai ao serviço dois dias da semana, afirmou sentir-se bem e ter reduzido o consumo do álcool. Gosta muito de conversar com as pessoas, tanto profissionais como usuários, e sente-se mais motivada inclusive para se arrumar. Em relação aos projetos de vida, disse não ter projetos, atribui a ausência de projetos ao fato de ter tido uma vida de muito sofrimento, sem espaço para poder desejar e projetar algo para sua vida. Apesar de tudo, esperava que fosse viver um casamento feliz, com filhos e ter uma casa própria, teve seus filhos e viveu uma relação feliz com o último companheiro, então, avalia que parcialmente alcançou o que almejava. Ao ser instigada sobre o que deseja realizar no futuro, afirmou que pretende parar de beber, sofre preconceitos em função da bebida pela própria família, quer ter uma vida “normal”, ser uma mulher “normal”, quando questionada sobre o que seria uma mulher normal, respondeu que “é uma mulher que não bebe, uma mulher que vive com a família, que todo mundo tem orgulho.” Seu relato denota a questão das expectativas e padrões sociais atribuídos à mulher e que ela deseja corresponder. Afirmou ainda que no futuro deseja viver sozinha e de forma independente. No que se refere às relações sociais, frisou que gosta de conversar e de se relacionar com as pessoas, considera-se hoje uma pessoa muito carinhosa, busca dar aos outros o carinho que não recebeu. Mantém uma relação muito próxima e afetiva com duas irmãs com quem sai com frequência para passear, já na comunidade, tem uma boa relação com três vizinhas:

Figura 14 - Mapa de Rede Individual da Participante 11



A rede social significativa da participante é composta por nove membros, sendo duas irmãs, dois filhos, pela mãe, três vizinhas e por uma profissional do CAPSad, os outros dois filhos não foram inseridos em seu mapa de rede. Apesar da participante ter enfatizado que gostava de conversar e de se relacionar, suas relações de amizade e no contexto comunitário demonstram serem ainda restritas ou inexistentes, indicando um campo potencial de ampliação e fortalecimento. Em relação à principal função desempenhada pelos membros de sua rede, com exceção da profissional do CAPSad que oferece ajuda material e de serviços, os demais membros desempenham a função de apoio emocional. Assim, embora a participante tenha pessoas significativas com quem possa contar, as funções desempenhadas são restritas (Sluzki, 1997). Deste modo, mostra-se importante a ampliação das funções desempenhadas pela rede bem como o fortalecimento e apropriação de seu projeto de vida, uma vez que, inicialmente, afirmou não ter um projeto, mas depois foi delineando desejos e possibilidades de realizações para o futuro.





## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender como se constituem as trajetórias e os projetos de vida e suas relações com as redes sociais significativas de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, acompanhadas em dois CAPSad do Sul do país. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo com onze mulheres que narraram suas histórias de vida, destacando fatos e eventos mais relevantes, sua relação com o uso do álcool, a constituição de projetos de vida e relações sociais significativas. Do ponto de vista metodológico, a escolha pela pesquisa qualitativa se deu pelo fato dela permitir um aprofundamento na investigação do fenômeno estudado a partir da narrativa de cada participante, nesse sentido, as entrevistas Eco-Narrativas e a construção dos mapas de rede mostraram-se instrumentos efetivos para tal propósito.

Frente ao objetivo deste estudo e a partir da perspectiva epistemológica que o sustenta, os resultados foram analisados e discutidos considerando a complexidade e a multideterminação dos fenômenos. Cada trajetória foi analisada sob o prisma individual e singular, ao mesmo tempo que compreendida em uma teia de relações e significados, constituída em um determinado tempo e contexto, com realidades econômicas, culturais e sociais distintas. Assim, o olhar para as trajetórias de vida destas mulheres e a busca pela compreensão dos aspectos implicados no uso abusivo do álcool, nas relações sociais significativas e nos projetos de vida, pautou-se nos pressupostos da integralidade e dos determinantes sociais em saúde.

Os resultados que emergiram das onze entrevistas foram sistematizados em seis categorias que contemplaram aspectos sobre a participante, família e relações amorosas, rede social significativa, trajetória e projeto de vida, relação com o álcool e sobre a trajetória do cuidado e acompanhamento no CAPSad. Os achados responderam ao objetivo geral e aos específicos propostos neste estudo, proporcionando um maior conhecimento sobre as trajetórias pessoais e suas interconexões com o abuso do álcool, a rede social significativa e os projetos de vida.

Sobre a participante foram analisados elementos acerca de sua saúde, realidade de estudo, trabalho e renda, suas singularidades e as vivências de solidão. Esta categoria evidenciou o sofrimento psíquico recorrente entre estas mulheres, que têm suas vidas acadêmicas e profissionais frequentemente situadas à margem da sociedade, vivenciando a precarização do trabalho, com baixos salários, informalidade e desemprego, o que as coloca em situação de dificuldade ou mesmo de dependência econômica. Outro aspecto recorrente nas

narrativas referiu-se à solidão, muitas ressaltaram que ficavam e sentiam-se muito sozinhas, suscitando sofrimento e contribuindo para o uso abusivo do álcool.

Especificamente no que se refere à família e relações amorosas, identificou-se que para muitas participantes a trajetória de dificuldades e sofrimento teve início no contexto da família de origem, tendo elas vivenciado, ainda na infância e adolescência, realidades de vulnerabilidades, violências e problemas de saúde mental no próprio ambiente familiar. Por outro lado, a despeito de todas estas adversidades, aquelas que mantinham relacionamentos próximos e afetivos com a família e podiam contar com seu apoio, demonstraram ter um olhar mais positivo para a sua história e maior capacidade para vislumbrar perspectivas de futuro. Já no que se refere às relações amorosas, com exceção da participante 3, todas as demais estavam vivendo ou já tinham vivido relações com muitas tribulações e conflitos, algumas com histórico de violência, que representavam, inclusive, risco de vida.

Diante dos diferentes problemas e obstáculos da vida, a rede social significativa constituiu-se como um elemento importante de apoio e proteção. No caso das participantes deste estudo, as redes sociais significativas tiveram características distintas, entretanto, em sua maioria, apresentaram fragilidades e limitações dos vínculos e das funções exercidas. Verificou-se um predomínio das relações na esfera familiar e do CAPSad, com escassez de relações advindas do contexto comunitário, de amizades, trabalho e estudo. No que se refere às principais funções desempenhadas pelos membros da rede, a função mais recorrente foi a de apoio emocional seguida pela ajuda material e de serviços, o que pode ser explicado pela presença frequente dos profissionais do CAPSad e a ajuda profissional especializada que destes recebiam, além disso, a condição de vulnerabilidade de algumas das participantes requeria que recebessem ajuda material para suprir suas necessidades básicas de vida. Nenhuma das participantes contava com a função de acesso a novos contatos em sua rede, o que pode ter contribuído para a restrição de vínculos sociais.

Como exemplo das diferentes características das redes e de suas repercussões, destaca-se a rede da participante 8, que tinha ao todo 30 membros, advindos de diferentes contextos relacionais (exceto do CAPSad), e que desempenhavam diversas funções, demonstrando ter maior inserção comunitária e vínculos fortalecidos, o que ecoou na forma como atribuía sentido e significado para a sua vida. E, por outro lado, a participante 9, que contava com cinco membros em sua rede, dos quais recebia exclusivamente ajuda material e de serviços, tais limitações relacionais associadas à condição de extrema vulnerabilidade que vivia, lhe impossibilitava de considerar perspectivas e projetos de futuro para a sua vida.

No que concerne às trajetórias e projetos de vida, as participantes relataram diferentes momentos e situações marcantes de suas trajetórias, a maioria referiu-se a eventos difíceis envolvendo perdas e privações. Já em relação aos aspectos positivos, o nascimento dos filhos foi destacado pela maioria como o momento de maior felicidade. Muitas atribuíram o desejo de ser mãe como o principal projeto de vida que tinham no passado e, assim, entendiam que conseguiram realizar algo do que haviam desejado. O olhar retrospectivo para os projetos de vida também revelou que muitos projetos não foram realizados e daí decorriam sentimentos de insatisfação e frustração com sua trajetória. No tempo presente, para a maioria das participantes, foi difícil identificar qual era seu projeto de vida e o que ainda desejavam realizar em termos de futuro, revelando um esvaziamento do sentido existencial.

A falta de projetos pessoais frequentemente esteve associada a diferentes dificuldades psicossociais vividas por estas participantes, principalmente no que se refere à fragilização dos vínculos sociais significativos e ausência de condições básicas de vida, como alimentação, moradia, trabalho e segurança. Situações que para muitas representaram um fator de risco para o uso abusivo do álcool, potencializando as limitações acerca de um projeto de futuro. Assim, compreender a constituição de um projeto de vida requer ir além da esfera dos planos e desejos, é preciso considerar o campo de possibilidades concreto para a sua construção e realização.

Uma análise específica sobre a relação da participante com o álcool revelou que o início do uso frequentemente teve uma mediação social e foi motivado por diferentes razões, especialmente por perdas e dificuldades no campo afetivo/relacional. Já a manutenção e o aprofundamento do uso, foram considerados por muitas delas como um recurso para lidar com as dores e adversidades intensas e frequentes de suas vidas. Desta forma, o abuso do álcool foi uma resposta a uma condição de vulneração e de ruptura do projeto existencial, sendo que pode-se constatar que na história da maioria das mulheres o álcool ganhou a função de aplacar o sofrimento e manejar as variadas violências sofridas. Contudo, o que era para a ser uma solução, tornou-se, na verdade, um problema, trazendo diferentes prejuízos, especialmente no âmbito familiar, profissional, relacional e de autocuidado, o que acabou por aumentar o abismo da realização do projeto de vida e da tessitura da rede social significativa.

Na perspectiva das participantes, os prejuízos associados ao abuso do álcool foram potencializados pelo fato de serem mulheres, suscitando sentimentos de vergonha e culpa por estarem transgredindo uma conduta social esperada, confirmando assim o estigma de gênero ainda muito presente que atribui à mulher o papel de quem cuida e zela pela família e não de alguém que bebe, o que acabou sendo endossado no relato das próprias participantes.

Todas as participantes manifestaram o desejo de parar de beber, algumas delas estavam sem fazer o uso ou haviam reduzido o consumo. Considerando especificamente a trajetória do cuidado e o acompanhamento no CAPSad, para a maioria das participantes o CAPSad foi o único serviço especializado acessado, representando um importante dispositivo de cuidado. Sobre o processo do cuidado no CAPSad, as participantes salientaram como elemento central o vínculo com os profissionais e o acolhimento que recebiam no serviço. O fato de haver um grupo específico só para mulheres também parece ter representado um fator preponderante para a frequência no serviço, uma vez que a maioria acessava o CAPSad apenas nos dias de realização de tal atividade.

Outro ponto a ser ressaltado é que, apesar do projeto de vida ser uma dimensão fundamental a ser trabalhada no processo do cuidado, aparentemente este foi um tema pouco explorado ou mesmo ignorado no PTS das participantes. Entretanto, os resultados do presente estudo evidenciam as diferentes nuances que compõem a trajetória de vida destas participantes. A realidade de vida de cada uma demonstrou que o abuso do álcool é mais um entre tantos outros elementos que compõem suas histórias, portanto, olhar apenas para o consumo da substância exclui toda a potência de vida destas mulheres. As condições concretas de vida das participantes e suas relações sociais significativas impactaram na constituição de projetos de vida e trouxeram diferentes implicações para as suas trajetórias pessoais. Sendo assim, frente às repercussões das condições de vida e das redes sociais significativas para a (re)construção de projetos de vida e considerando que esse é um aspecto fundante para a efetivação do cuidado e atenção integral em saúde, estes devem ser elementos constitutivos do processo de cuidado nos diferentes dispositivos da RAPS, especialmente no CAPSad.

Embora os objetivos propostos neste estudo tenham sido alcançados, houve limitações. Entre elas, salienta-se o fato de que, com o início da pandemia, não foi possível entrevistar um número maior de participantes, o que poderia ter ampliado a compreensão de trajetórias distintas. A questão do número de participantes também exige cautela para a generalização dos resultados, já que o estudo é qualitativo e, assim, operou um mergulho nas experiências singulares e seus múltiplos determinantes e sentidos. Ainda que se tenha buscado, através da análise de conteúdo, alcançar aspectos comuns entre as histórias das participantes, há ainda uma marca territorial e cultural, advinda da região geográfica dos CAPSad pesquisados, além da questão do ponto de partida singular, que limita a generalização dos resultados. Outra limitação refere-se ao fato das entrevistas terem gerado forte mobilização emocional em algumas participantes, que ao narrarem suas histórias tiveram dificuldade para abordar em profundidade certos assuntos. Assim, por uma questão ética e visando preservar a participante,

em situações de maior mobilização emocional a pesquisadora não fomentou a narrativa sobre determinados temas, o que pode ter resultado na ausência de conteúdos relevantes sobre as trajetórias pessoais.

Frente aos achados deste estudo, lança-se novas possibilidades e demandas para pesquisas futuras. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com mulheres não apenas acompanhadas em CAPSad, mas em outros serviços da RAS e da RAPS, assim será possível uma melhor compreensão das trajetórias individuais em sua conexão com as diferentes realidades dos serviços de saúde. Sugere-se ainda que, frente ao cenário da pandemia e seus impactos para a população em geral e para as mulheres de modo especial, um novo estudo semelhante seja realizado, relacionando os efeitos da pandemia no uso do álcool, na constituição de projetos de vida e das redes sociais significativas das mulheres.

O presente estudo possibilitou uma maior compreensão acerca das trajetórias e projetos de vida e suas relações com a rede social significativa de mulheres acompanhadas em CAPSad em função do abuso do álcool e ofereceu contribuições para pensar o cuidado de mulheres nos diferentes serviços, a partir das especificidades que marcam sua condição de ser. Ressalta-se a necessidade de que o abuso do álcool seja compreendido como um fenômeno complexo, que requer ações amplas e sustentadas na perspectiva dos determinantes sociais em saúde e pela lógica da atenção psicossocial. É urgente que as mulheres sejam reconhecidas e atendidas em sua singularidade histórica e na integralidade de seus projetos de vida e de suas relações sociais significativas, aspectos cruciais a serem colocados como fundamento para a elaboração dos projetos terapêuticos singulares.

## 8 REFERÊNCIAS

- Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., & Holstege. (2017). Women and Addiction. *Psychiatric Clinics of North America*, 40, 285-297. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.005>
- Albuquerque, C. de S., & Nóbrega, M. do P. S. S. (2016). Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 12(1), 22-29. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p22-29>
- Almeida, T. de. (2020). Solidão, Solitude e a Pandemia da COVID-19. *Pensando Famílias*, 24(2), 3-14. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n2/v24n2a02.pdf>
- Alvarenga, R., & Dias, M. K. (2021). Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. *Psicologia & Sociedade*, 33, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>
- Alves, P. C. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência do adoecimento. In: Gerhardt, T. E., Pinheiro, R., Ruiz, E. N. F., & Silva, A. G. da. (orgs.). *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. (pp. 125-146). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO.
- Alzuguir, F. V. (2014). A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 11-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100002>
- Angerami-Camon, V. A. (1990). *Solidão: a ausência do outro*. São Paulo: Pioneira.
- Amodeo, M., Griffin, M. L., Fassler, I., Clay, C., & Ellis, M. (2007). Coping with Stressful Events: Influence of Parental Alcoholism and Race in a Community Sample of Women. *Health & Social Work*, 32(4), 247-257. <https://doi.org/10.1093/hsw/32.4.247>
- Araújo, A. P. de. (2010). *Relações familiares e sua influência no consumo de álcool de outras drogas e no tratamento de mulheres*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Brasília. <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1771/1/Ana%20Paula%20de%20Araujo.pdf>
- Araújo, C. N. de P., & Corradi-Webster, C. M. (2019). Percepção do familiar sobre o tratamento de usuários de drogas: revisão integrativa. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 15(4), 1-13. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.152502>

- Assis, D. F. F., & Castro, N. T. de. (2010). Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. *Textos & Contextos*, 9(2), 358-370. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7260/5795>
- Associação Americana de Psiquiatria [APA]. (2014). DSM-V-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ayres, J. R. de C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- Ayres, J. R. de C. M. (2009). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Ayres, J. R. de C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. de. (orgs). *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. (pp. 121-143). (2ª ed). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bauman, Z. (2009). *A arte da vida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Barbosa, L. C. (2008). ““O Fundo do Poço Pode Se Transformar em Fundo de Posso!”: trabalho com um grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de redução de danos.” Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. [bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1492](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1492)
- Barbosa, M. B., Pereira, C. V., Cruz, D. T. da., & Leite, I. C. G. (2018). Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 21(2), 125-135. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170185>
- Beauvoir, S. (2019a). *O segundo sexo: fatos e mitos*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Beauvoir, S. (2019b). *O segundo sexo: a experiência vivida*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Benites, A. P. de O., & Barbarini, N. (2009). História de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 16-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000100003>
- Benevides, R. F. C., & Boris, G. D. J. B. (2020). A experiência vivida de mulheres na conjugalidade contemporânea: uma perspectiva fenomenológica-existencial. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(1), 13-25. <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2020v26n1.2>



- Bernardi, A. B., & Kanan, A. P. (2015). Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde Debate*, 39(107), 1105-1116. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070533>
- Borges, C. de C. (2013). Mudanças nas trajetórias de vida e identidades de mulheres na contemporaneidade. *Psicologia em Estudo*, 18(1), 71-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000100008>
- Borges, C. D., Moré, C. L. O. O., Krenkel, s., & Schneider, d. R. (2017). Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), 405- 421. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/12.pdf>
- Borges, C. D., & Schneider, D. R. (2017). Rede Social Significativa de Usuários de um CAPSad: Perspectivas para o Cuidado. *Pensando Famílias*, 21(2), 167-181. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2017000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200013)
- Borges, C. D., & Schneider, D. R. (2020). O processo do cuidado em um CAPSad na perspectiva de usuários e familiares. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(99), 227-240. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n99/a07v40n99.pdf>
- Borges, C. D., & Schneider, D. R. (2021). Vulnerabilidade, família e o uso de drogas: uma revisão integrativa de literatura. *Psicologia Revista*, 30(1), 9-34. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i1p9-34>
- Bolzan, L. de M. (2015). *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre. <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7196/1/000467579-Texto%2bCompleto-0.pdf>
- Bourdieu, P. (2019). *A dominação masculina*. (16ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Braga, N. L., Araújo, N. M. de, & Maciel, R. H. (2019). Condições do trabalho da mulher: Uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(2), 211-231. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p232-251>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
- Brasil. (2006). *Lei N° 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Brasília: Secretaria-Geral. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)

- Brasil, Ministério da Saúde. (2007). *Clinica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. (2<sup>a</sup> ed). Brasília: Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)
- Brasil, Ministério da Saúde (2012a). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466* de 12 de Dezembro de 2012. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados* – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília. [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOSTA\\_PEDIDO\\_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%20.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOSTA_PEDIDO_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%20.pdf)
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria N° 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012b). *Portaria N° 130*, de 26 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2019). *NOTA TÉCNICA N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede\\_raps\\_2021\\_modelo\\_saps\\_julho\\_2021.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf)
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Campos, E. A. de., & Reis, J. G. (2010). Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 14(34), 539-550. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000006>
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos normais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200016>
- Cardoso, A. S., Leandro, M., Silva, M. L. B. da., Moré, C. L. O. O., & Bousfield, A. B. S. (2020). Representações Sociais da Família na Contemporaneidade: Uma revisão Integrativa. *Pensando Famílias*, 24(1), 29-44. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a04.pdf>
- Caridade, S., Antunes, C., & Matos, M. (2015). Vitimização múltipla feminina: histórias de vida,

depressão e coping. *Psicologia em Estudo*, 20(3), 495-506.  
<http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v20i3.25059>

Carvalho, M. de F. A. A., Coelho, E. de A. C., Oliveira, J. F. de., Araújo, R. T. de., & Barros, A. R. (2017). Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>

Cavalcante, L. de P., Falcão, R. de S. T., Lima, H. de P., Marinho, A. M., Macedo, Q. de., & Braga, V. A. B. (2012). Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(2), 321-31. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981009.pdf>

Ceccon, R. F., & Meneghel, S. N. (2017). Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação e violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1087-1103. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400012>

Cervený, C. M. de O., & Berthoud, C. M. E. (2009). Ciclo vital da família brasileira. In: Osório, L. C., & Valle, M. E. (orgs.). *Manual de terapia familiar*. (pp. 25-37). Porto Alegre: Artmed.

Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Guia Prático para a análise qualitativa*. (J. E. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2011). Heavy/binge drinking and depressive symptoms in older adults: gender differences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 860-868. <https://doi.org/10.1002/gps.2616>

Cordeiro, E. L., Silva, L. S. R. da., Mendes, E. w. P., Silva, L. C. L. da., Duarte, V. L., & Lima, E. C. M. P. (2020). Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.11606//issn.1806-6976.smad.2020.157007>

Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-03062011-142952/publico/ClarissaMendoncaCorradiWebster.PDF](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-03062011-142952/publico/ClarissaMendoncaCorradiWebster.PDF)

Costa, P. H. A. da., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2018). No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3233-3245. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>

- Costa, R. D. B., Costa, C. B. da., Mosmann, C. P., & Falcke, D. (2018). Experiências na família de origem que repercutem no clima familiar dos descendentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 18*(2), 408-425. <https://doi.org/10.12957/epp.2018.38804>
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. (3ª ed.). (pp.48-66). Porto Alegre: Penso.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *The New England Journal of Medicine, 358*(21). <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0706154>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas*. 2a. ed. Brasília: CFP. [http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas\\_web-FINAL.pdf](http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf)
- Cugler, P. S., & Figueiredo, W. S. (2021). Gênero e necessidades de saúde: a perspectiva das mulheres atendidas em um centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 13*(37), 161-181. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80665/47999>
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- Deus, A. M. S. A. de. (2012). *Alcoolismo no feminino*. Tese de Doutorado, ISPA – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, Portugal. <repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1735/1/TES%20DEUS1.pdf>
- Dimenstein, M., Macedo, J. P., Gomes, M., Silva, T. M. da., & Abreu, M. M. de. (2018). A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud & Sociedad, 9*(1), 70-85. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2018.0001.00004>
- Denzin, N. K., & Lincoln, I. O. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, C. E., & Morihisa, R. S. (2013). Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: Brasil. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. (pp. 45-54). Brasília: SENAD.
- Duarte, M. V. G., & Barros, G. da S., & Cabral, B. E. B. (2020). Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? *Saúde em Debate, 44*(127), 1151-1163. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012715>
- Ebling, S. B. D., Silva, M. R. S. da., Farias, F. L. R. de., Santos, A. M. dos., Oliveira, A. M. N. de., & Schek, G. (2020). O consumo abusivo de álcool entre Mulheres Rurais e suas Relações Familiares. *Pensando Famílias, 24*(2), 120-131. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n2/v24n2a10.pdf>

- Esper, L. H. (2015). *Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-31082016-113457/publico/LarissaHorta.pdf>
- Esper, L. H., Corradi-Webster, C. M., Carvalho, A. M. P., & Furtado, E. F. (2013). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 93-101. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200012>
- Faller, S., Peuker, A. C., Sordi, A., Stolf, A., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., Brasiliano, S., Pechansky, F., & Kessler, F. (2014). Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. *Trends Psychiatry Psychother*, 36(4), 193-202. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0040>
- Fejes, M. de A. N., Ferigato, S. H., & Marcolino, T. Q. (2016). Saúde e cotidiano de mulheres em uso abusivo de álcool e outras drogas: uma questão para a Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(3), 254-262. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p254-262>
- Ferreira, S. da S., & Bleicher, t. (2018). A Política Pública de Saúde Mental em um CAPS-AD: representações sociais de usuários. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 26(2), 41-49. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n2p41-49>
- Fertig, A., Schneider, J. F., Oliveira, G. C. de., Olschowsky, A., Camatta, M. W., & Pinho, L. B. de. (2016). Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias de vida. *Escola Anna Nery*, 20(2), 310-316. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160042>
- Figueiredo, M. G. de., & Diniz, G. R. S. (2018). Mulheres, casamento e carreira: um olhar sob a perspectiva sistêmica feminista. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 60, 100-119. <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n60a06>
- Fiocruz. (2017). *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD\\_PORTUGU%c3%8aS.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf)
- Flick, U. (2009a). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Flick, U. (2009b). *Introdução à pesquisa qualitativa*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- França, M. S. de., Lopes, M. V. de O., Frazão, C. M. F. de Q., Quedes, T. G., Linhares, F. M. P., & Pontes, C. M. (2018). Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170303>

- Gaino, L. V., Almeida, L. Y. de., Oliveira, J. L. de., Nievas, A. F., Saint-Amault, D., & Souza, J. de. (2019). O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157>
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Goldenberg, M. (2019). Ninguém nasce livre: torna-se livre. In: Goldenberg, M., Priore, M. D., Ribeiro, D., Tiburi, M., & Beauvoir, S. L. B. de. *O segundo sexo 70 anos depois*. (pp. 5-9). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Gomes, E. R. B., & Brilhante, A. V. M. (2021). Contações femininas: gênero e percepções de mulheres dependentes químicas. *Saúde e Sociedade*, 30(4), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202201050>
- Gong, W., Wong, B. Y., Ho, S., Lai, A. Y., Zhao, S., Wang, M., & Lam, T. (2021). Family E-Chat Group Use Was Associated with Family Wellbeing and Personal Happiness in Hong Kong Adults amidst the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9139), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179139>
- González-Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumbos e desafíos*. São Paulo: Educ.
- Grittner, U., Bloomfield, K., Kuntsche, S., Callinan, S., Stanesby, O., & Gmel, G. (2021). Improving measurement of harms from others' drinking: Using item-response theory to scale harms from others' heavy drinking in 10 countries. *Drug and Alcohol Review*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1111/dar.13377>
- Guahyba, B. L., & Scheeren, P., & Falceto, O. (2019). Feminismo na Terapia Familiar. *Pensando Famílias*, 23(1), 213-224. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2019000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000100016)
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1185-1204. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guimarães, A. B. P. (2009a). *Mulheres dependentes de álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, São Paulo. [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-07122009-191804/publico/AnaBeatrizPedrialiGuimaraes.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-07122009-191804/publico/AnaBeatrizPedrialiGuimaraes.pdf)

- Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., Ingberman, Y. K. (2009b). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 69-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000200005>
- Guimarães, A. N., Schneider, J. F., Nasi, C., Camatta, M. W., Pinho, L. B. de., & Ferraz, L. (2019). Alcoolismo no meio rural: situação biográfica de familiares de pacientes internados em hospital geral. *Escola Anna Nery*, 23(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0040>
- Heredia, L. P. D., Ramirez, E. G. L., Pereira, C. F., & Vargas, D. de. (2017). Efeito das variáveis sociodemográficas e de vulnerabilidade no padrão de uso de álcool em mulheres universitárias. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(3), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006860015>
- Hu, X., Harman, J., Winterstein, A. G., Zhong, Y., Wheeler, A. L., Taylor, T. N., Plankey, M., Rubtsova, A., Cropsey, K., Cohen, M. H., Adimora, A. A., Milam, J., Adedimeji, A., & Cook, R. L. (2016). Utilization of Alcohol Treatment Among HIV-Positive Women with Hazardous Drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 64, 55-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.011>
- Hurtado, D. H. (2018). *Projetos de vida de jovens universitários: um estudo sobre engajamento social e projeto de vida*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação, São Paulo. [file:///C:/Users/claud/AppData/Local/Temp/DANIELA\\_HAERTEL.pdf](file:///C:/Users/claud/AppData/Local/Temp/DANIELA_HAERTEL.pdf)
- Hurtado, D. H. (2012). *Projetos de vida e projetos vitais: um estudo sobre projetos de jovens estudantes em condição de vulnerabilidade social da cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação, São Paulo. [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-05022013-104615/publico/DANIELA\\_HAERTEL\\_HURTADO\\_rev.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-05022013-104615/publico/DANIELA_HAERTEL_HURTADO_rev.pdf)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (IBGE). (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE. <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE). (2020a). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE). (2020b). *Pesquisa Nacional por Amostras de domicílio Contínua: Rendimento de todas as fontes 2019*. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709_informativo.pdf)
- Instituto Nacional de ciência e tecnologia para políticas públicas de álcool e outras drogas (INPAD) (2012). *II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)*. São Paulo: UNIFESP.

<https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista Narrativa. In: Bauer, M. W., & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.
- Kahle, E. M., McCabe, S. E., & Boyd, C. J. (2019). Functional and structural social support, substance use and sexual orientation from a nationally representative sample of US adults. *Addiction, 115*(3), 546-558. <http://dx.doi.org/10.1111/add.14819>
- Keyes, K. M., Jager, J., Mal-Sarkar, T., Patrick, M. E., Rutherford, C., & Hasin, D. (2019). Is There a Recent Epidemic of Women's Drinking? A Critical Review of National Studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(7), 1344-1359. <https://doi.org/10.1111/acer.14082>
- Klein, A. M., & Arantes, V. A. (2016). Projetos de Vida de Jovens Estudantes do Ensino Médio e a Escola. *Educação & Realidade, 41*(1), 135-154. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623656117>
- Koller, S. H., Antoni, C. de., & Carpena, M. E. F. (2020). Família de crianças em situação de vulnerabilidade social. In: Teodoro, M. L. M., & Baptista, M. N. (orgs.). *Psicologia da Família*. (2ª ed). (pp. 127-134). Porto alegre: Artmed.
- Krenkel, S. (2018). *Repercussão das redes sociais significativas e de suporte social no enfrentamento da violência contra a mulher: perspectiva de mulheres ex-abrigadas e de profissionais de uma casa-abrigo*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/191174/PPSI0794-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Krenkel, S., Moré, Cc. L. O. O., & Espinosa, L. M. C. (2021). Violência contra a mulher e casa-abrigo: reconstrução do projeto de vida de mulheres brasileiras ex-abrigadas. *Psicología desde el Caribe, 37*(2), 111-131. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.37.2.305.48>
- Kuntsche, S., Knibbe, R. A., & Gmel, G. (2012). Parents' alcohol use: gender differences in the impact of household and family chores. *European Journal of Public Health, 22*(6), 894-899. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr145>
- Lancetti, A. (2014). *Clínica peripatética*. (9ª ed). São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.
- Langaro, F. (2019). *Vivências de pacientes gravemente doentes de câncer: o projeto de ser frente ao adoecimento e à morte*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215575/PPSI0848-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Lennox, J., Emslie, C., Sweeting, H., & Lyons. A. (2018). The role of alcohol in constructing gender



- & class identities among Young women in the age of social media. *International Journal of Drug Policy*, 58, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.009>
- Levy, V. L. dos S. (2015). *Narrativas de usuários de crack: o dizer sobre si e o mundo através do audiovisual*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis.
- <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169538/339597.pdf?sequence=1>
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(3), 1-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>
- Lima, D. W. da C., Ferreira, L. A., Azevedo, L. D. S., Silva, A. P., Cunha, B. M. C. da., & Sousa, L. C. A. (2018). Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(3), 151-158. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000396>
- Lima, H. P., Braga, V. A. B., Carvalho, L. V. de., & Morais, A. C. de O. (2010). Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 496-503. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300011>
- Lima, I. M. B. de., Coêlho, H. F. C., & Andrade, J. M. de. (2017a). Uso do método Respondent Driven Sampling para avaliação do alcoolismo em mulheres. *Saúde Debate*, 41(114), 801-811. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711410>
- Lima, J. M. de., Silva, E. A. da., Moura, Y. G. de., Reinaldo, A. M. dos S., & Costa, I. I. da. (2017b). Os desafios do cuidado em saúde para a formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos. In: Vecchia, M. D., Ronzani, T. M., Paiva, F. S. de., Batista, C. B., & Costa, P. H. A. da. (orgs.). *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempo de guerra às drogas*. (pp.141-166). Porto Alegre: Rede Unida.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Tennen, H. (2015). Network Support treatment for alcohol dependence: Gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addictive Behaviors*, 45, 87-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.005>
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Tennen, H., & Kabela-Cormier, E. (2016). Network Support II: Randomized controlled trial of Network Support treatment and cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 165, 203-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.010>
- Lopes, M. A., Lemos, T., & Schneider, D. R. (2013). *Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas*. Florianópolis: Letra Editorial.

- Lopes, M. A., Sprícigo, J. S., Mitjavila, M. R., Schneider, D. R., & Abreu, D. (2018). As diferenças de idade e gênero entre usuários de CAPSad e as implicações na rede de atenção. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(3), 159-167. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000412>
- Loures, B. P., Costa, P. H. A., & Ronzani, T. M. (2016). As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 29-39. <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28489>
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Silva, B. Í. do B. de M., Sousa, H. R. de., & Costa, A. P. A. da. (2018). Apoio Social, Transtorno Mental Comum e Uso Abusivo de Álcool em Assentamentos Rurais. *Trends in Psychology*, 26(3), 1123-1137. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.3-01pt>
- Macedo, R. M. S. (2009). Questões de gênero na terapia de família e casal. In: Osorio, L. C., & Valle, M. E. P. do. *Manual de terapia familiar*. (pp. 58-73). Porto Alegre: Artmed.
- Machado, A. R., Modena, C. M., & Luz, Z. M. P. da. (2020). Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), 1-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300118>
- Mandelli, M. T., Soares, D. H. P., & Lisboa, M. D. (2011). Juventude e projeto de vida: novas perspectivas em orientação profissional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63, 49-57. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000300006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000300006)
- Mano, M. K. (2019). As mulheres desiludidas: de Simone de Beauvoir à “ideologia de gênero”. *Cadernos Pagu*, 56, 1-25. doi: <https://doi.org/10.1590/18094449201900560024>
- Marangoni, S. R., & Oliveira, M. L. F. de. (2013). Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3), 662-670. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>
- Martins, A. G., & Nascimento, A. R. A. do. (2017). Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(1), 107-121. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arpb/v69n1/09.pdf>
- McAdams, D. P. (2012). Exploring psychological themes through life narrative accounts. In J. A. Holstein, & J. F. Gubrium (Eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 15-32). London: Sage.
- McCaul, M. E., Roach, D., Hasin, D. S., Weisner, C., Chang, G., & Sinha, R. (2019). Alcohol and Women: A Brief Overview. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 43(5), 774-779. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13985>
- McCutcheon, V. V., Luke, D. A., Lessov-Schlaggar. (2016). Reduced Social Network Drinking is Associated with Improved Response Inhibition in Women During Early Recovery from

- Alcohol Use Disorders: A Pilot Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(1), 170-177. <https://doi.org/10.1111/acer.12925>
- McGoldrick, M. (1995). As mulheres e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B., & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genogramas: avaliação e intervenção familiar*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Melo, M. C., & Corradi-Webster, C. M. (2016). Meanings about mothering by women in treatment for drug use. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 699-709. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400013>
- Melo, T. C., Jacó, M. B., Silva, R. C. X. da., Lisboa, C. V. F., Barbosa, F. M., Ribeiro, G. B. de O., Galvão, H. M. F., Pacheco, I. F., Almeida Neta, N. M. de., Pacheco, T. B. S., & Araújo, F. S. de. (2010). Características sociodemográficas de mulheres admitidas em unidade de referência para tratamento de alcoolismo em Alagoas. *Neurobiologia*, 73(4), 57-64. <https://mesm.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2011/04/prearpe-artigo-publicado-alcoolismo-feminimo.pdf>
- Menandro, L. M. T., Garcia, M. L. T., & Uliana, R. S. da S. (2019). A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres mães e usuárias de drogas. *Psicologia & Sociedade*, 31, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31210798>
- Meneses, M. R. R. (2014). Conceitos sobre redes sociais no paradigma sistêmico. In: Sarriera, J. C., & Saforcada, E. T. (2014). *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. (pp. 97-112). Porto Alegre: Sulina.
- Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (3ª ed). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod\\_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf)
- Miranda, TL., & Schimanski, E. (2014). Relações de gênero: algumas considerações conceituais. In: Ferreira, A. J. (org.). *Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade: perspectivas contemporâneas* [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, (pp. 66-91). <http://books.scielo.org/id/btydh/pdf/ferreira-9788577982103-05.pdf>
- Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 84-98.

<http://revistanps.com.br/nps/article/viewFile/265/257>

- Moreira, A. R. de L., & Dutra, E. M. do S. (2013). Compreendendo a experiência do sofrimento de mulheres na relação amorosa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XIX(1), 3-11. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a02.pdf>
- Moreira, V., & Callou, V. (2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental*, 4(7), 67-83. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n7/v4n7a05.pdf>
- Moura, M. L. B. de. (2016). *Grupo Terapêutico Projetos de Vida: contribuições no cotidiano de mulheres portadoras de transtornos mentais*. Tese de Doutorado, Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. [http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/875/1/moema\\_luzia\\_barros\\_moura.pdf](http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/875/1/moema_luzia_barros_moura.pdf)
- Mota, D. B., Ronzani, T. M., Tófoli, L. F., & Rush, B. R.. (2015). Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A. da., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas*. (pp. 85-105). São Paulo: Cortez.
- Mulia, N., & Bensley, K. M. (2020). Alcohol-Related disparities Among Women: evidence and potential explanations. *Alcohol research: current reviews*, 40(2), 1-16. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.09>
- Nardi, A. L., Moré, C. L. O. O., & Peres, G. M. (2017). Rede social significativa no processo de adoecimento de pessoas com cirrose hepática alcoólica: uma revisão integrativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(2), 77-85. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p77-85>
- Nascimento, D. F. B. do., Mota, G. S., Souza, B. B. S. de., Porto, P. N., Silva, C. T. O., Pires, C. G. da S., & Oliveira, J. F. de. (2020). Associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcóolica em mulheres rurais. *Revista Rene*, 21, 1-8. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202144478>
- Nery, A. Filho., & Patricia von Flach, P. V. (2017). Os sujeitos e suas exclusões: os movimentos de resistência e os riscos de iatrogenia. . In: Vecchia, M. D., Ronzani, T. M., Paiva, F. S. de., Batista, C. B., & Costa, P. H. A. da. (orgs.). *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas*. (pp.299-318). Porto Alegre: Rede Unida.
- Nery, A. Filho., & Valério, A. L. (2010) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD. [http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo\\_profissionais.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf)
- Netto, L. de A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Leite, F. M. C., & Silva, G. F. e. (2017). Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes

- sociais. *Escola Anna Nery*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170007>
- Neves, B. B., Franz, R., Judges, R., Beermann, C., & Baecker, R. (2019). Can Digital Technology Enhance Social Connectedness Among Older Adults? A Feasibility Study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 49-72. <https://doi.org/10.1177/0733464817741369>
- Neves, J. V. V. da S., Carvalho, L. A. de., Carvalho, M. A. de., Silva, E. T. C., Alves, M. L. T. S., Silveira, M. F., Silva, R. R. V., & Almeida, M. T. C. (2021). Uso de álcool, conflitos familiares e supervisão parental entre estudantes do ensino médio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4761-4768. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.22392020>
- Nicodemos, J. C. de O., & Silva, J. C. da. (2016). Querem que cuidemos da droga, cuidamos de pessoas que fazem uso de drogas. In: Souza, A. C. de., Souza, L. F., Souza, E. O. de., & Abrahão, A. L. (orgs.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. (pp. 257-279). São Paulo: Hucitec Editora.
- Oliveira, G. N. de. (2013). O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos, G. W. de S. & Guerrero, A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. (pp. 283-297). São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, M. de M. D., & Junqueira, T. L. S. (2020). Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. *Revista Estudos Feministas*, 28(3), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361140>
- Organização das Nações Unidas – ONU. (2015). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2020). *Uso de álcool durante a pandemia de COVID-19 na América Latina e no Caribe*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52936/OPASNMHMHCOVID-19200042\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52936/OPASNMHMHCOVID-19200042_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de La Salud – OPS (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud em las Américas*. Washington, DC: OPS. [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553\\_esp.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf)
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de século.
- Orth, A. P. da S., & Moré, C. L. O. O. (2008). Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, 26(55), 293-303. <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19729>
- O’Sullivan, A., Alvariza, A., Öhlén, J., & Larsdotter, C. (2021). Support received by family members before, at and after an ill person’s death. *BMC Palliative Care*, 20(92), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00800-8>

- Pacheco, J. C., & Araldi, M. O. (2020). Gênero e transgeracionalidade: uma (des)construção. *Psicologia USP*, 31, 1-10. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190140>
- Paiva, F. S. de., & Costa, P. H. A. da. (2017). Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade Brasileira. In: Vecchia, M. D., Ronzani, T. M., Paiva, F. S. de., Batista, C. B., & Costa, P. H. A. da. (orgs.). *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempo de guerra às drogas*. (pp.53-72). Porto Alegre: Rede Unida.
- Picoli, C. M. C. (2013). *Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Capsi do Interior do Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107472/319253.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pierry, L. G., Tassinari, L. T., Schuch, M. C., Souto, V. T., Soccol, K. L. S., & Terra, M. G. (2021). Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o CAPS-AD. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(1), 1-13. <file:///C:/Users/claud/AppData/Local/Temp/3373-17161-1-PB.pdf>
- Pillon, S. C., Santos, M. A. dos., Florido, L. M., Cafer, J. R., Ferreira, P. S., Scherer, Z. A. P., & Marchini, G. P. de O. (2014). Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2), 338-345. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.22712>
- Pires, F. B. (2011). *Projetos de vida e recorrência de recaída na trajetória de pacientes dependentes de álcool*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95471/291200.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pizzinato, A., Pagnussat, E., Cargnelutti, E. S., Lobo, N. dos S., & Motta, R. F. (2018). Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 145-156. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180015>
- Pizzinato, A., Hamann, C., Maracci-Cardoso, J. G., & Cezar, M. M (2016). Jovens mulheres do âmbito rural: gênero, projetos de vida e território em fotocomposições. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 473-483. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p473>

- Pollitt, A. M., Donnelly, R., Mernitz, S. E., & Umberson, D. (2020). Differences in how spouses influence each other's alcohol use in same- and different-sex marriages: A daily diary study. *Social Science & Medicine*, 264, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113398>
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. P. (2012). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (3ª ed). Petrópolis: Vozes.
- Queiroz, I. S. de., & Prado, M. A. M. (2018). Pesquisa narrativa com mulheres que usam drogas: uma experiência etnográfica feminista. *Psicologia USP*, 29(2), 226-235. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170102>
- Rameh-de-Albuquerque, R. C., Lira, W. L., Costa, A. M. & Nappo, S. A. (2017). Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). *Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 84-96. <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100100215>
- Rasch, S. S., Andrade, A. N. de., Avellar, L. Z., & Neto, P. M. R. (2015). Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 205-215. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020011>
- Renesto, H. M. F., Falbo, A. R., Souza, E., & Vasconcelos, M. G. (2014) Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 36-42. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048003186>
- Rodrigues, G., & Krindges, C. A. (2017). Consequências psicossociais atreladas ao consumo precoce de bebida alcoólica. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 61-76. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.2087>
- Ruiz, B. O., Zerbetto, S. R., Galera, S. A. F., Fontanella, B. J. B., Gonçalves, A. M. de S., & Protti-Zanatta, S. T. (2021). Resiliência familiar: percepção de familiares de dependentes de substâncias psicoativas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3816.3449>
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodologia de la investigación cualitativa*. (5ª ed). Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Sanches, L. R., Santos, T. G. C. dos., Gomes, T. B., & Vecchia, M. D. (2018). Meanings of Family Support in the Treatment of Drug Dependence. *Paidéia*, 28, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2824>
- Santana, C. da S., Bernardes, M. S., & Molina, A. M. T. B. (2016). Projetos de vida na velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 21(1), 171-186. <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/59848>

- Santini, Z., Jose, P., Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5, 63-70. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Santos, C. E. dos., & Yasui, S. (2016). Muito além do CAPSad: o cuidado no território e na vida. In: Souza, A. C. de., Souza, L. F., Souza, E. O. de., & Abrahão, A. L. (orgs.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. (pp. 70-87). São Paulo: Hucitec Editora.
- Santos, C. F. dos. & Romanini, M. (2019). A (In)Visibilidade de mulheres Usuárias de Álcool e Outras Drogas em um CAPSad III. *PSI UNISC*, 3(2), 84-100. <http://dx.doi.org/10.17058/psiunisc.v3i2.12972>
- Santos, D. de G., & Sá, R. N. de. (2013). A existência como “cuidado”: elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 53-59. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672013000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100007)
- Santos, J. A. T., Perruci, L. G., Pegoraro, N. P. L., Scherer, Z. A. P., Souza, J. de., & Pillon, s. C. (2019). Uso de substancias psicoativas em mulheres em tratamento ambulatorial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 72(3), 185-90. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200012>
- Santos, L. da S., & Diniz, G. R. S. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicologia Clínica*, 30(1), 37-59. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>
- Sartre, J. P. (2002). *Questões de Método*. Rio de Janeiro: DP&A Editora.
- Schenker, M. (2008). *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Scott, R. P. (2018). Projetos de desenvolvimento e o disciplinamento de mulheres no tempo e no espaço. *Cadernos Pagu*, 52, 1-35. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201800520004>
- Schmidt, R. A., Genois, R., Jin, J., Vigo, D., Rehm, J., & Rush, B. (2021). The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109065>
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a Psicologia Clínica*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Schneider, D. R., Sousa, A de L., Thurow, C. F., Borges, C. D., Rodrigues, G., Cantele, J., Strelow, M., Torres, P. T., & Levy, V. L. dos S. (2021). O conceito "projeto de ser" como fundamento de reflexões epistemológicas e práticas em Saúde Coletiva e Atenção Psicossocial. *Subjetividades*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21iEsp1.e9442>



- Schneider, D. R., Strelow, M., & Levy, V. L. (2016). Um olhar existencialista sobre o uso problemático de drogas. In: Castro, F., Schneider, D. R., & Boris, G. (2016). *Sartre e os desafios à psicologia contemporânea*. Rio de Janeiro: Ed. Via Veritas.
- Seibel, B. L., Falceto, O. G., Hollist, C. S., Springer, P., Fernandes, C. L. C., & Koller, S. H. (2017). Rede de Apoio Social e Funcionamento Familiar: Estudo Longitudinal sobre Famílias em Vulnerabilidade Social. *Pensando Famílias*, 21(1), 120-136. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v21n1/v21n1a10.pdf>
- Shahram, S. Z., Bottorff, J. L., Kurt, D. L. M., Oelke, N. D., Thomas, V., & Spittal, P. M. (2017). Understanding the Life Histories of Pregnant-Involved Young Aboriginal Women With Substance Use Experiences in Three Canadian Cities. *Qualitative Health Research*, 27(2), 249-259. <https://doi.org/10.1177/1049732316657812>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de Pesquisa em Psicologia*. (pp. 20-43). (9ª ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Silva, A. C. da., Oro, G. Z., & Bossardi, C. N. (2021). Aspectos Intergeracionais de Famílias em Situação de Violência. *Pensando Famílias*, 25(2), 239-255. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v25n2/v25n2a17.pdf>
- Silva, L. D., Strobbe, S., Oliveira, J. L. de., Almeida, L. Y. de., Cardano, M., & Souza, J. de. (2021). Social support networks of users of crack cocaine and the role of a Brazilian health program for people living on the street: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.06.010>
- Silva, E. A. da. (2016). Família, abuso e dependência do álcool: do diagnóstico ao tratamento. In: Souza, A. C. de., Souza, L. F., Souza, E. O. de., & Abrahão, A. L. (orgs.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. (pp.233-253). São Paulo: Hucitec.
- Silva, M. das G. B. da. (2012). *O pensar e o agir das mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas: alcoolismo feminino e o caminho para a recuperação*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz. Mestrado Profissional em Saúde Pública – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife. <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012silva-mgb.pdf>
- Silva, M. das G. B. da., & Lyra, T. M. (2015). O beber feminino: socialização e solidão. *Saúde Debate*, 39(106), 772-781. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030017>
- Silva, M. das G. B. da., & Lyra, T. M. (2021). O impacto do beber feminino. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(4), 1-16. <file:///C:/Users/claud/AppData/Local/Temp/3459-19101-1-PB.pdf>
- Silva, M. das G. B. da., Lyra, T. M., & Diniz, G. T. (2019). O padrão de consumo de álcool entre

as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE). *Saúde Debate*, 43(122), 836-847. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912214>

- Siqueira, C. B. de., & Bussinguer, E. C. de A. (2020). As ondas do feminismo e seu impacto no mercado de trabalho da mulher. *Revista Thesis Juris – RTJ*, 9(1), 145-166. <http://doi.org/10.5585/rtj.v9i1.14977>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Small, J., Curran, G. M., & Booth, B. (2010). Barriers and facilitators for alcohol treatment for women: Are there more or less for rural women? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.03.002>
- Socol, K. L. S., Terra, M. G., Aquino, J. M. de., Canabarro, J. L., Souto, V. T., Tisott, Z. L., & Siqueira, D. F. de. (2021). Motivations for attempted suicide by women using drugs. *ABCS health sciences*, 46, 1-6. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020027.1468>
- Socol, K. L. S., Terra, M. G., Padoin, S. M. de M., Ribeiro, D. B., Siqueira, D. F. de., & Canabarro, J. L. (2018). Motivos do abuso de substâncias psicoativas por mulheres assistidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170281>
- Souza, J. de. (2010). *Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/403.pdf>
- Souza, J. de., Almeida, L. Y. de., Oliveira, J. L. G. de., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Moll, M. F. (2019). The Social Support Buffering Effect in the Relationship Between Perceived Stress and Alcohol Use Among Brazilian Women. *Community Mental Health Journal*, 55, 1186-1193. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00427-3>
- Souza, J. de., Kantorski, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e Redes Sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em Capsad. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2(1),1-17. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v2i1p01-17>
- Souza, M. R. R. de., Oliveira, J. F. de., Chagas, M. C. G., & Carvalho, E. S. de S. (2016). Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876>
- Souza, T. M. de. (2018). Beauvoir e a situação das mulheres: entre subjetividade e facticidade. *Ethic@*, 17(2), 217-237. <http://dx.doi.org/10.5007/1677-2954.2018v17n2p217>

- Stanesby, O., Callinan, S., Graham, K., Wilson, I. M., Greenfield, T. K., Wilsnack, S. C., Hettige, S., Hanh, H. T. M., Siengsounthone, L., Waleewong, O., & Laslett, A. (2018). Harm from Known Others' Drinking by Relationship Proximity to the Harmful Drinker and Gender: A Meta-Analysis Across 10 Countries. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 42(9), 1693-1703. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13828>
- Tassinari, T. T., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., Souto, V. T., Pierry, L. G., & Schuch, M. C. (2018). Caracterização de mulheres em tratamento devido ao uso de drogas. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, 12(12), 3344-3351. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236812p3344-3351-2018>
- Straub, R. O. (2014). Abuso de substâncias. In: Straub, R. O. *Psicologia da Saúde: uma abordagem Biopsicossocial*. (pp. 214-251). (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Takahara, A. H., Furino, V., Marques, A. C., Zerbetto, S., & Furino, F. (2017). Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 20(3), 434-443. <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15999/8295>
- Tiburi, M. (2019). Quem tem medo de Simone de Beauvoir? In: Goldenberg, M., Priore, M. D., Ribeiro, D., Tiburi, M., & Beauvoir, S. L. B. de. *O segundo sexo 70 anos depois*. (pp. 23-26). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Tracy, E. M., Min, M. O. M., Park, H., Jun, M., Brown, S., & Francis, M. W. (2016). Personal Network Structure and Substance Use in Women by 12 Months Post Treatment Intake. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 55-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.002>
- Trevisan, E. R., & Castro, S. de S. (2019). Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas: perfil dos usuários. *Saúde em Debate*, 43(121), 450-463. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113>
- Tucci, B. F. M., & Oliveira, M. L. F. de. (2019). Famílias de usuários de bebida alcoólica: aspectos estruturais e funcionais fundamentados no Modelo Calgary. *Revista Rene*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040226>
- Tyler, A., Moss, A. C., & Cox, S. (2019). Understanding women's feelings about safety and hazards of street drinking in London through interpretative phenomenological analysis. *Addictive Behaviors*, 99, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106042>
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World Drug Report: socioeconomic characteristics and drug use disorders*. [https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20\\_Booklet\\_5.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_5.pdf)

- Van Den Berg, J. H. V. D. (1973) *O Paciente Psiquiátrico*. São Paulo: Mestre Jou.
- Velho, G. (1997). *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Velho, G. (2003). *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Villela, W. V., & Barbosa, R. M. (2017). Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 87-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>
- Veloso, C., & Monteiro, C. F. de S. (2019). Consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0581>
- Wagner, E. F., & Baldwin, J. A. (2020). Recovery in Special Emphasis Populations. *Alcohol Research*, 40(3), 1-8. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.05>
- Wendt, N. C., & Crepaldi, M. A. (2008). A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000200016>
- World Health Organization - OMS (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Zampieri, P. R. (2013). *Qualidade de vida de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu. <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106059/000740845.pdf;jsessionid=6D8EEF7977ADD2754B4B3B723686854?sequence=1>

## 9 APÊNDICES

### Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“Trajetória de vida de mulheres que fazem uso abusivo do álcool: um olhar sobre os projetos de vida e rede social significativa”** a ser conduzida pela aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Claudia Daiana Borges, sob responsabilidade da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daniela Ribeiro Schneider. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Este estudo tem como objetivo compreender como se constituem os projetos de vida e suas relações com a rede social significativa na trajetória de vida de mulheres que fazem uso abusivo do álcool, acompanhadas em dois CAPSad do Sul do país. Caso haja o consentimento, sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista individual em que você contará um pouco da sua história e com a construção de um mapa de rede onde você indicará as pessoas mais importantes da sua vida. A entrevista durará cerca de 1h e será realizada em um ambiente reservado no próprio CAPSad.

A participação na pesquisa poderá trazer alguns riscos mínimos para a participante, pois o processo de respostas da entrevista e a construção do mapa de rede pode provocar algum tipo de mobilização emocional. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e a entrevistadora (que é psicóloga) fará um acolhimento e, se necessário, posteriormente você será atendida pelos profissionais do CAPSad, que já acordaram de prestar atendimento, caso a pesquisa gere alguma mobilização emocional nas respondentes. Há também o risco mínimo de ocorrer a identificação da participante, mas para tanto, serão tomadas todas as providências para garantir o sigilo e anonimato no momento da entrevista e na publicação dos dados. Outro risco inerente à pesquisa

é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pen drive). Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá garantia de indenização.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você poderá contribuir para melhorar as práticas de atenção e cuidado oferecidas às mulheres que fazem uso problemático do álcool atendidas no CAPSad e demais serviços de saúde.

Todas as informações colhidas nesta pesquisa serão analisadas em caráter estritamente científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os dados da sua entrevista serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, podendo ser descartados (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento. Sua participação é voluntária, não remunerada e anônima, você poderá solicitar informações durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a sua publicação

Caso aceite participar da pesquisa, peço sua autorização para que possa gravar a entrevista respondida por você, sendo que apenas eu terei acesso direto às informações que forem dadas. Seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-lo não serão utilizados, há garantia do sigilo da sua identidade e das informações coletadas. Você pode, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa e sua recusa não implicará qualquer penalidade ou prejuízo. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição concedente e aos participantes que tiverem interesse após a defesa da tese de doutorado, em data a ser agendada.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Este Termo é composto por três páginas sendo que duas vias deste documento estão sendo rubricadas em todas as páginas e assinadas ao final por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider, responsável por este estudo, através do telefone: (48) 3721 – 8607; do e-mail [danischneiderpsi@gmail.com](mailto:danischneiderpsi@gmail.com) ou pessoalmente no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, bairro Trindade, Sala 214 – Bloco D – CFH. Florianópolis – SC –

Brasil. Você também poderá entrar em contato com a pesquisadora principal Claudia Daiana Borges pelo telefone (47) 99619-2029, no e-mail claudia.daiana@gmail.com ou no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, bairro Trindade, Sala 214 – Bloco D – CFH. Florianópolis – SC – Brasil. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48)3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na rua Desembargador Vitor Lima, n° 222, 4° andar, sala 401, bairro Trindade. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

#### **Declaração de consentimento**

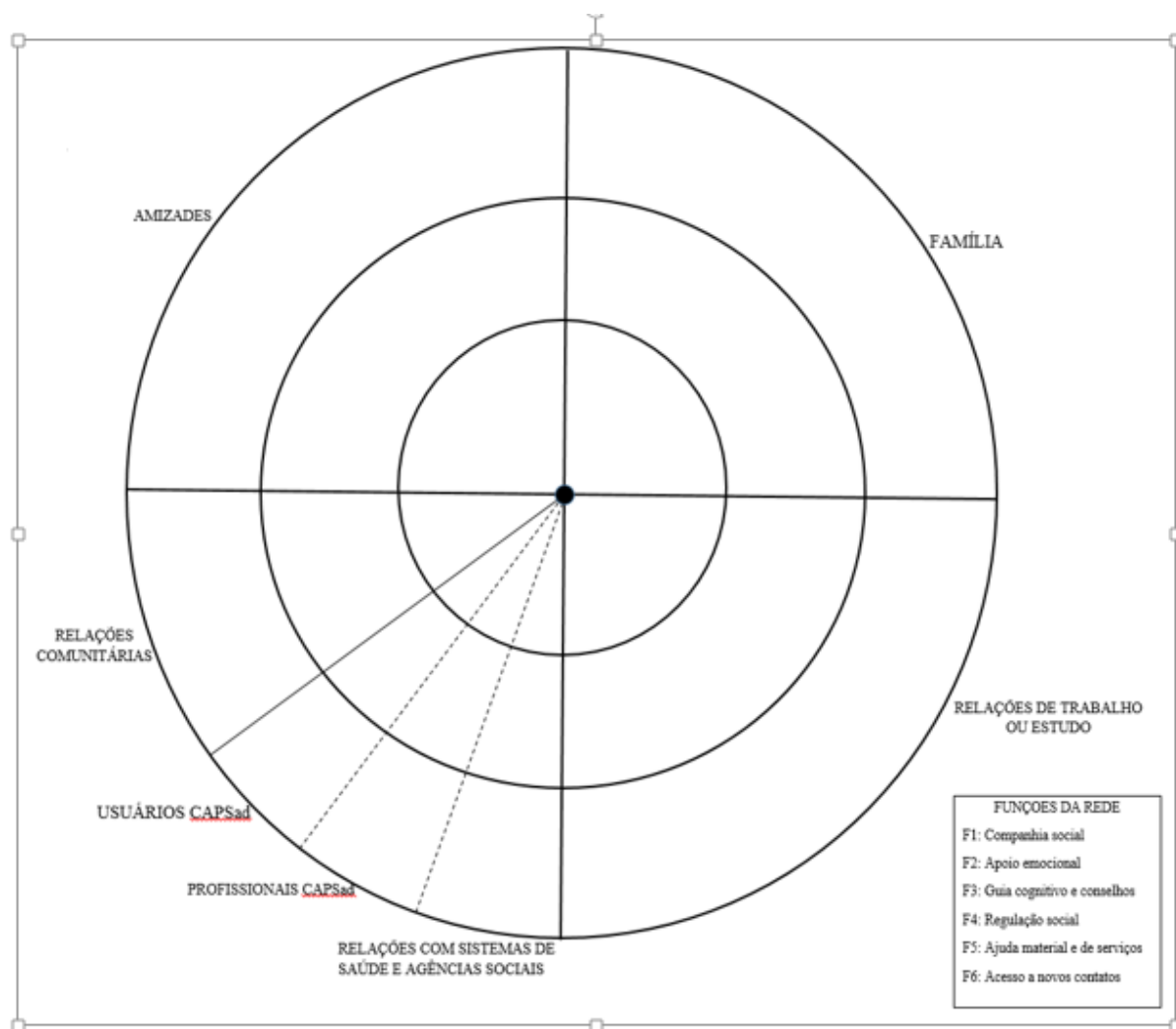
Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “**Trajetória de vida de mulheres que fazem uso abusivo do álcool: um olhar sobre os projetos de vida e rede social significativa**”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Claudia Daiana Borges  
Pesquisadora principal

\_\_\_\_\_  
Profª Dra. Daniela Ribeiro Schneider  
Pesquisadora responsável e orientadora

**Apêndice B – Mapa de rede**



## Apêndice C - Roteiro de Entrevista Narrativa

### Dados de identificação e sociodemográficos:

Iniciais:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Religião:	Estado civil:
Filhos:	Idade (filhos):	Com quem mora:
Profissão:	Faixa salarial familiar:	Contato:

### Entrevista:

Local:

Data e hora:

Duração:

**Observação** do comportamento (verbal e não-verbal) do entrevistado:

### Entrevista Eco-Narrativa

(Adaptação da *Life Story Interview* de McAdams (2012) e de Langaro (2019))

## INTRODUÇÃO

**Obrigada** por aceitar o convite para participar desta pesquisa. Gostaria de reforçar algumas informações que constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como já informado, não há respostas certas nem erradas. O objetivo é saber o que pensa, sente, como vive sua vida e sobre as questões que envolvem a experiência do uso problemático do álcool. São questões íntimas, relacionadas à sua vida, portanto, você tem toda a liberdade para não responder ou para decidir terminar a entrevista quando desejar. Podemos começar?

### A. CAPÍTULOS DA VIDA

Gostaria que você imaginasse a sua vida como se fosse uma **história** ou um **filme**, me conte como seria o resumo geral da sua história. [... RESPOSTA...]

Pense, agora, quais foram os **capítulos** ou **períodos** mais importantes da sua história. Me conte quais foram os acontecimentos mais significativos em cada um desses períodos [... RESPOSTA...]

## B. ACONTECIMENTOS-CHAVE

Agora, depois de ter me falado em linhas gerais sobre sua história de vida, gostaria de pedir que falasse mais especificamente sobre alguns acontecimentos-chave de sua vida. Ou seja, um evento ou situação específica, que pode ter sido bom ou mau, feliz ou triste, mas que, por algum motivo, se tornou inesquecível.

### B.1: Ponto alto

Me descreva, por favor, um acontecimento da sua vida que se destaca de forma mais positiva, aquele acontecimento em que você viveu algo especialmente feliz, alegre, emocionante ou maravilhoso. Procure recordar-se dos detalhes: **onde e quando** foi, **quem** esteve consigo, **o que sentiu e pensou?** [... *RESPOSTA*...]

Explique por que considera esse momento como um exemplo de *felicidade* e diga qual foi o **impacto** que teve na sua vida. [... *RESPOSTA*...]

### B.2: Ponto baixo

Gostaria que descrevesse também um acontecimento da sua vida que represente para você um momento de muita infelicidade. Tente lembrar dos detalhes: **onde e quando** foi, **quem** esteve consigo, **o que sentiu e pensou?** [... *RESPOSTA*...]

Explique por que considera esse momento como um exemplo de *grande infelicidade* e diga qual foi o **impacto** que teve na sua vida. [... *RESPOSTA*...]

### B.3: Ponto(s) de viragem

Ao lembrar do seu passado, procure identificar o momento mais marcante de **mudança**, seja a mudança **positiva** ou **negativa**. Procure descrever detalhadamente o que aconteceu: **onde e quando** foi, **quem** esteve consigo, **o que sentiu e pensou?** [... *RESPOSTA*...]

Explique o que mudou e qual foi o **impacto** de tal mudança na sua vida. [...*RESPOSTA*...] Qual o efeito que teve na sua vida? [... *RESPOSTA*...]

## C. TRAJETÓRIA

### C.1: Sobre o uso do álcool

Vamos falar um pouco sobre a questão do uso do álcool. Me conte um pouco sobre sua **história de uso**, quando começou, em que situação bebe em maior frequência e/ou quantidade, como se sente em relação ao uso bebida. [...*RESPOSTA*...]

## **C.2: Sobre a trajetória do cuidado**

Gostaria que me contasse agora como tem sido a **trajetória** do seu cuidado. Antes de vir para o CAPSad você já esteve em outros serviços ou instituições para o tratamento do uso do álcool? Onde e como foi? Como você avalia os cuidados que já obteve em outros serviços?

Agora me fale um pouco sobre o seu cuidado aqui no CAPSad. Como você sente no serviço? O que você gosta mais e menos gosta aqui? O que mais contribui ou prejudica o seu cuidado/tratamento?

## **D. HISTÓRIA FUTURA**

### **D.1: O próximo capítulo: possibilidades e realidades futuras**

Agora, vamos falar do futuro. Como você imagina as várias possibilidades do seu futuro? [... *RESPOSTA...*]

Entre essas possibilidades, qual é a que você mais deseja? Qual aquela que você realizaria primeiro? [... *RESPOSTA...*]

E qual a possibilidade de futuro que você acredita ser a que realmente acontecerá? [... *RESPOSTA...*]

### **D.2: Projeto de vida**

Vamos falar agora do seu projeto de vida. Um projeto de vida é uma ideia definida daquilo que se pretende realizar no futuro para se ser feliz. Ele envolve vários aspectos de nossa vida, como o desejo de ter certo tipo de família ou de profissão ou outras coisas. Ele começa a se formar quando a gente é pequeno e vem acompanhando a nossa história e ganhando “corpo”. Descreva o que você entende que foi o projeto de vida que você construiu para você. Depois, olhando a sua história, você acha que conseguiu realizar o seu projeto até aqui? E, daqui para a frente, explique o que pensa fazer para realizar esse projeto. [... *RESPOSTA...*]

As pessoas que são mais importantes para você (família, amigos ou outras pessoas) compõem o seu projeto de vida? De que forma elas estão inseridas ou interferem nele? [... *RESPOSTA...*]

Quando você pensa no seu projeto de vida, de que forma a questão do álcool aparece em seu projeto? [... *RESPOSTA...*]

## **E. ECOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO**

### **E.1: Dinâmicas afetivas e familiares**

Gostaria de lhe pedir informação sobre a sua família para ajudar a compreender a sua história de vida. Faça, por favor, uma descrição breve das pessoas que compõem a sua família. Qual o vínculo afetivo que você tem com essas pessoas que você descreveu? [... *RESPOSTA...*]

Me fale, por favor, de que forma as pessoas da sua família estão relacionadas ao seu cuidado/tratamento. [... *RESPOSTA...*]

### **E.2: Dinâmicas afetivas e sociais**

Para além da família, poderia me dizer quais as outras pessoas que compõem a sua rede social? Qual o vínculo afetivo que você tem com essas pessoas que você citou? [... *RESPOSTA...*]

Me fale, por favor, de que forma as pessoas da sua rede social estão relacionadas ao seu cuidado/tratamento. [... *RESPOSTA...*]

### **E.3: Relações com os serviços de saúde**

Como é a sua relação com os profissionais do CAPSad?

Você se sente acolhido no serviço?

Como você entende que o cuidado aqui no CAPS envolve a sua rede de relações significativas?

Como você entende que o cuidado envolve o seu projeto de vida? Esta questão é explicitamente tratada aqui?

Como você avalia, de maneira geral, o cuidado que lhe é oferecido? Do que você gosta e do que não gosta?

Além do CAPSad, você frequenta outros serviços de saúde? E outros serviços, como serviços da Assistência Social, Educação...?

Você participa de atividades externas ao CAPSad?

## **F. MAPA DE REDE**

Neste segundo e último momento da entrevista vamos elaborar juntas o que chamamos de mapa de rede, um desenho que representa sua rede de relações com as pessoas mais importantes e significativas da sua vida e com quais você pode contar em um momento de necessidade. Na sua rotina você tem contato com diferentes pessoas, como pessoas da sua família, do seu ambiente de trabalho ou de estudo, amigos, pessoas e serviços da comunidade, vizinhos, profissionais e usuários do CAPSad. Todos estes relacionamentos ocorrem de

diferentes formas, podem ser relações mais próximas ou mais distantes e estas pessoas podem desempenhar diferentes funções na sua vida, como por exemplo oferecer um conselho, uma ajuda material, um apoio emocional, entre outros. Neste mapa você será representada pelo ponto no centro do círculo interno e as pessoas da sua rede nos círculos. Representaremos essas pessoas e conversaremos sobre a importância e participação delas na sua vida.

### **G. REFLEXÃO**

Como foi para você responder a estas questões? Há algo mais que você gostaria de me contar sobre o que conversamos hoje?