

ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS

**PRÁTICAS DE CUIDADO NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DE MULHERES QUE
VIVENCIAM O ALCOOLISMO**

**RIO GRANDE
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnF)
MESTRADO EM ENFERMAGEM
PRÁTICAS DE CUIDADO NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DE MULHERES QUE
VIVENCIAM O ALCOOLISMO**

ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Tecnologias de Enfermagem/ Saúde a Indivíduos e Grupos sociais.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mara Regina Santos da Silva

**RIO GRANDE
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237p Santos, Alessandro Marques dos
Práticas de cuidado no cotidiano das famílias de mulheres
que vivenciam o alcoolismo/ Alessandro Marques dos Santos. –
Rio Grande : FURG, 2009.
87f.
Dissertação (mestrado) –Universidade Federal do Rio
Grande, Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, BR-RS,
2009. Orientadora: Silva, Mara Regina Santos da .
1. família. 2. alcoolismo. 3. mulher. 4. enfermagem I. Silva,
Mara Regina Santos da . II. Título.

13 de novembro de 2009

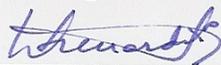
**PRÁTICAS DE CUIDADO NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DE MULHERES
QUE VIVENCIAM O ALCOOLISMO**

ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

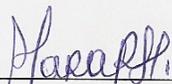
Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua versão final em 13 de novembro de 2009, atendendo às normas de legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

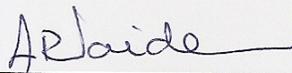


Dr.º Wilson Lunardi Filho
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:



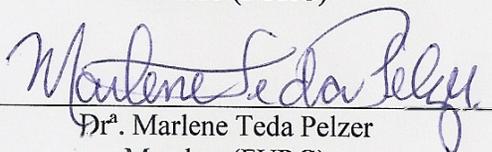
Dr.ª Mara Regina Santos da Silva
Presidente (FURG)



Dr.ª Maria Angélica Pagliarini Waidman
Membro (UEM)



Dr.ª Adriane M. Netto de Oliveira
Membro (FURG)



Dr.ª Marlene Teda Pelzer
Membro (FURG)

Dedico este trabalho aos meus pais Valter Vieira dos Santos (in memorium) e Nara Regina Marques dos Santos pela confiança depositada durante toda a minha vida... Vocês foram meu espelho de honestidade, integridade e amor... Papai esteja você onde estiver... minha saudade e reconhecimento pelo Grande Homem que você foi e sempre será no meu coração!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus e a todos os Mentores de Luz que iluminaram meu caminho nos momentos em que me senti perdido e com vontade de desistir... muito obrigado!!!

À minha Família pelo apoio, carinho, incentivo e compreensão nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Ao Sérgio, meu companheiro, pela dedicação de estar sempre ao meu lado entendendo e aceitando meus momentos de ausência.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial a Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva, que foi muito mais que uma orientadora. Nos momentos difíceis soube ser uma Grande Amiga, agradeço-lhe pelas palavras de incentivo, respeitando meus momentos de dificuldades.

Às amigas Camila Schwonke, Victoria Carrillo e Flária Ávila que me acompanham desde o início do “Ser Enfermeiro”.

Aos colegas do curso de mestrado, agradeço os bons momentos que passamos juntos, em especial as amigas de almoço, boas risadas e trabalhos em grupos: Simone Amestoy, Paula Figueiredo e Viviane Milbrath.

Aos familiares e mulheres alcoolistas desse estudo pelo acolhimento em suas residências e famílias, que Deus ajude a todos vocês encontrarem o caminho da felicidade.

Aos membros da Banca Examinadora por compartilharem conhecimentos nesta caminhada.

A direção do Hospital São Francisco de Paula que soube entender meus momentos de ausência, em especial à enfermeira Eliana Domingues, Gerente Suporte à Assistência, pelo incentivo e confiança.

E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

SANTOS, Alessandro Marques dos. **Práticas de cuidado no cotidiano das famílias de mulheres que vivenciam o alcoolismo**. 2009. 87 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Área de Concentração: Tecnologias de Enfermagem/ Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva.

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública no Brasil que atinge homens e mulheres de todas as idades, classes sociais, independente de raça ou religião. Está associado a altos índices de mortes no trânsito, perda de emprego, conflitos e violência intrafamiliar, entre outros problemas. Quando se trata de alcoolismo feminino, em geral, a mulher é mais intensamente marginalizada e estigmatizada tanto na família quanto na sociedade e nos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivos: (1) investigar as práticas de cuidados desenvolvidas à mulher alcoolista no âmbito de sua família; (2) conhecer a percepção desta mulher acerca dos cuidados de seus familiares. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório que utilizou como referencial teórico os conceitos de cuidado, ser humano e cuidado familiar de Elsen (2004), Leininger (1991) e Waldow (2008). Participaram do estudo três famílias, nas quais havia pelo menos uma mulher alcoolista, usuárias de um CAPS ad, localizado em um município do extremo sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período entre agosto e setembro de 2008, através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio da família com a mulher alcoolista e seu principal cuidador. Após, os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados mostram que as práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito da família modificam-se ao longo do tempo na medida em que o alcoolismo evoluía. Cuidados básicos relacionados à higiene, alimentação, sono, repouso, integridade física, moral e auto-estima foram praticados nas três famílias, embora nem sempre as mulheres os tenha percebido como práticas de cuidado. Destaca-se o apoio da rede social nas três famílias representada pelos parentes próximos, vizinhos e amigos, especialmente nos períodos de maiores conflitos familiares. Também, o suporte da rede de serviços sociais e de saúde, utilizados pela família para cuidar principalmente em situações de urgência e emergência decorrentes das situações de embriaguez da mulher. Nestas ocasiões, os cuidados dispensados às mulheres eram por elas percebidos como prática punitiva e retaliadora. Os resultados desse estudo reafirmam que, apesar dos constantes conflitos familiares vivenciados ao longo da evolução do alcoolismo da mulher, os cuidados familiares são importantes para o resgate dos vínculos afetivos e o respeito à singularidade de cada ser humano que vivencia o problema do alcoolismo.

Descritores: família, alcoolismo, mulher, enfermagem, assistência de enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, Alessandro Marques dos. **Care practices in the everyday life of families of women who experience alcoholism.** 2009. 87 sheets. Thesis (Masters in Nursing, Area of Concentration: Technology Nursing Health to Individuals and Social Groups) – Graduate Program in Nursing/Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Advisor: Prof. Dr. Mara Regina Santos da Silva.

Alcoholism is a serious public health problem in Brazil that affects men and women of all ages, social classes, regardless of race or religion. It is associated with high rates of traffic deaths, job losses, conflicts and domestic violence, among others. When it comes to alcoholism in women, in general, women are more intensely stigmatized and marginalized either by their family or society and health service. This study aimed to: (1) investigate the practices of care developed in the alcoholic woman in her family, (2) understand the perception of this woman about caring for her family. This is a qualitative, descriptive and exploratory study which used theoretical concepts of care, human and family care by Leininger (1991), Elsen (2004) and Waldow (2008). Three families were participating which in each of them there was at least one female alcoholic, users of an ad CAPS, located in a country in Southern Brazil. Data collection occurred between August and September 2008, through semi-structured home interviews with the family of an alcoholic woman and her primary caregiver. Later, the data were subjected to content analysis. The results show that the care practices developed within the family are modified over time as alcoholism evolves. Basic care related to hygiene, food, sleep, rest, physical integrity, morality and self-esteem were applied to three families, though not all women have them perceived as care practices. We highlight the social network support in the three families represented by relatives, neighbors and friends, especially during periods of greater family conflict. Also, the network support of social service and health used by the family to take care especially in emergency situations arising from drunken woman events. On the occasions, the treatment provided to women was perceived as punitive and retaliatory practice. The results of this study reaffirm that, in spite of constant family conflict experienced during the evolution of women's alcoholism, family concerns are important to the redemption of the bonds of affection and respect for the uniqueness of each human being who experiences the problem of alcoholism.

Keywords: family, alcoholism, wife, nursing.

RESUMEN

SANTOS, Alessandro Marques dos. **Prácticas de cuidado en el cotidiano de las familias de mujeres que viven el alcoholismo** 2009. 87p. Disertación (Maestría de Enfermería. Área de Concentración: Tecnologías de Enfermería/ Salud a Individuos y Grupos Sociales) – Programa de Postgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva.

El alcoholismo es un grave problema de salud pública en Brasil que alcanza hombres y mujeres de todas las edades, clases sociales, independiente de raza o religión. Está asociado a altos índices de muertes en el tránsito, pérdida de empleo, conflictos y violencia intrafamiliar, entre otros problemas. Cuando se trata de alcoholismo femenino, por regla general, la mujer es más intensamente marginada y estigmatizada tanto en la familia, cuanto en la sociedad y en los servicios de salud. Este estudio tuvo como objetivos: (1) investigar las prácticas de cuidados desarrolladas a la mujer alcohólica en el ámbito de su familia; (2) conocer la percepción de esta mujer acerca de los cuidados de sus familiares. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio que utilizó como referencia teórico los conceptos de cuidado, ser humano y cuidado familiar de Elsen (2004), Leininger (1991) y Waldow (2008). Participaron del estudio tres familias, en las cuales había al menos una mujer alcohólica, usuarias de uno CAPS ad, localizado en un municipio del extremo sur de Brasil. La colecta de datos ocurrió entre agosto y septiembre de 2008, a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas en el domicilio de la familia con la mujer alcohólica y su principal cuidadora. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido. Los resultados muestran que las prácticas de cuidado desarrolladas en el ámbito de la familia se modifican a lo largo del tiempo a medida que el alcoholismo evolucionaba. Cuidados básicos relacionados a la higiene, alimentación, sueño, reposo, integridad física, moral y autoestima fueron realizados en las tres familias, aunque ni siempre las mujeres los percibieron como prácticas de cuidado. Se destaca el apoyo de la red social en las tres familias representada por los parientes próximos, vecinos y amigos, en especial en los períodos de mayores conflictos familiares. También, el soporte de la red de servicios sociales y de salud, utilizados por la familia para cuidar sobre todo en situaciones de urgencia y emergencia derivadas de las situaciones de embriaguez de la mujer. En estas ocasiones, los cuidados dispensados a las mujeres eran por ellas percibidos como práctica punitiva y retaliadora. Los resultados de ese estudio reafirman que, a pesar de los constantes conflictos familiares vividos a lo largo de la evolución del alcoholismo de la mujer, los cuidados familiares son importantes para el rescate de los vínculos afectivos y del respeto a la singularidad de cada ser humano que vive el problema del alcoholismo.

Descriptores: familia, alcoholismo, mujer, enfermería, asistencia de enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 O ALCOOLISMO NO BRASIL	16
2.2 CONFRONTANDO A REALIDADE DA MULHER ALCOOLISTA COM A LITERATURA	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	24
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO	29
4.3 LOCAL DE RECRUTAMENTO	31
4.4 COLETA DE DADOS	32
4.5 ANÁLISE DE DADOS	33
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	33
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.1 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA FAMÍLIA I	35
5.1.1 A percepção da mulher alcoolista acerca dos cuidados da família	38
5.1.2 Discussão	41
5.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DA FAMÍLIA II	44
5.2.1 A percepção de M2 acerca das práticas dos cuidados familiares	50
5.2.2 Discussão	54
5.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DA FAMÍLIA III	59
5.3.1 A percepção de M3 acerca dos cuidados realizados pelo companheiro	63
5.3.2 Discussão	65
6 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O ALCOOLISMO	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A	83
APÊNDICE B	84
APÊNDICE C	85
ANEXO A	86
ANEXO B	87

1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil (LARANJEIRA et al., 2007). Suas repercussões estão associadas a altos índices de mortes no trânsito, absenteísmo no trabalho, desentendimentos familiares, separação de casais e complicações na saúde não apenas da pessoa que bebe, mas, também, daquelas que com ela convive principalmente seus familiares. Além disso, é um problema que atinge indiscriminadamente homens e mulheres de todas as classes sociais e idade, inclusive crianças (LARANJEIRA et al., 2007).

Segundo Ramos e Bertolote (1997), o alcoolismo está fortemente relacionado com a masculinidade, já que o homem, para se auto-afirmar socialmente, deve, em um determinado momento da vida, beber imoderadamente pelo menos uma vez. Também é comum em certas culturas, nas quais a passagem da infância para a adolescência é celebrada em um ritual regado à bebida alcoólica.

No entanto, o que inicia como exercício de celebrações ou de autoafirmação de masculinidade pode, gradativamente, transformar-se em dependência psíquica e fisiológica (RAMOS e BERTOLOTE, 1997). Conforme ressalta Masur (1990), a passagem do beber social para o patológico não se estabelece rapidamente; é um processo demarcado por uma longa interfase entre o beber normal e o alcoolismo, que passa a ser priorizado em relação a outras atividades, estabelecendo o adoecimento da pessoa.

No mesmo compasso, desenvolve-se o alcoolismo na mulher, com consequências, geralmente, mais agravantes do que nos homens (GEHRKE, 2001), pois a ela é vinculado o papel de cuidadora da família e, a partir daí, quem deveria ser a cuidadora passa a necessitar de cuidados.

A dependência do álcool acarreta ao usuário transtornos significativos no âmbito familiar, no trabalho, na saúde e na situação econômica. Especificamente as repercussões do alcoolismo na saúde da mulher são, via de regra, mais intensas, pois, mais cedo do que nos homens, as degenerações fisiológicas são evidenciadas. Dentre elas, os distúrbios da função sexual, como dismenorréia, hipermenorréia e desconforto pré-menstrual; as variações do ciclo menstrual e a maior ocorrência de cirurgias ginecológicas (GEHRKE, 2001).

É importante observar que a mulher procura clínicas e serviços de saúde, com fins ginecológicos ou até em função de sintomas depressivos e mentais, mas, via de regra, nessas ocasiões, omite sua condição de dependente do álcool. Fato que evidencia os tabus em relação à mulher alcoolista, tanto no âmbito familiar, quanto na sociedade em geral (CESAR, 2006), o que contribui sobremaneira para dificultar o diagnóstico e os cuidados dessas mulheres.

O alcoolismo que se manifesta na mulher tem sido a temática que venho estudando ao longo da minha trajetória profissional. Desde o início, na disciplina de Psiquiatria e Saúde Mental, do curso de Graduação em Enfermagem, a já referida situação, vivenciada por certas mulheres, tem constituído fonte de preocupações e inquietações, especialmente no que tange à forma como elas vêm sendo cuidadas em diferentes instâncias: seja nas políticas públicas, nos serviços de saúde, seja nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Apoio Psicossociais em Álcool e Drogas (CAPS ad), em grupos de autoajuda, na rede hospitalar e ambulatorial, ou na comunidade em geral.

De modo geral constata-se que, nos diferentes cenários, a mulher alcoolista não é contemplada com tratamento específico para sua patologia, o que dificulta o tratamento da dependência feminina e o cuidado com a mesma, pois a inexistência de oferta de tratamento direcionado à mulher, mantém-na restrita à convivência da família e muitas vezes, ao isolamento de seu lar.

A revisão sobre políticas públicas de saúde, realizada a partir do site do Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2004, mostra que o alcoolismo feminino não é contemplado em sua especificidade, na medida em que trata do alcoolismo em geral e negligencia suas particularidades, quando é experienciado pela mulher. Assim, ela sofre as consequências da inexistência de terapêuticas preventivas, reabilitadoras e promotoras específicas, e sua saúde se agrava à medida em que deixa de ser amparada por legislação condizente à sua condição de alcoolista.

No âmbito social, a mulher alcoolista não é apenas estigmatizada, mas, também, marginalizada, pois para a sociedade o uso do álcool é uma prática masculina (ELBREDE et al., 2008). Observa-se que a mulher, quando embriagada, principalmente em locais públicos, mobiliza mais preconceitos e desaprovações sociais do que o homem. Por essa razão, é mais comum que ela beba no anonimato do seu lar, para que não seja alvo de críticas e tabus estabelecidos pela sociedade.

No âmbito da família, é preciso considerar que, tradicionalmente, a mulher assume e atua como organizadora e promotora do bem-estar de seus membros, muitas vezes, abdicando de sua condição feminina para valorizar, sobretudo, sua condição materna. Com isso, a

mulher assume o cuidado de sua família e solidifica os laços afetivos entre seus membros, buscando, continuamente, garantir a segurança necessária para a continuidade do cotidiano da prole (PEGORARO e CALDANA, 2008). Entretanto, quando essa mulher é dependente do álcool, passa a ser vista como alguém que fracassou nas suas obrigações pessoais e familiares e vivencia diretamente o impacto de negativos rótulos como “bêbada”, “promíscua” podem provocar em sua vida, particularmente quando se trata do papel de cuidadora dos filhos e do lar. Na maioria dos casos, a família mantém a esperança de que um dia essa mulher irá parar de beber. Quando isso não acontece, pode ocorrer a ruptura das relações familiares, sendo comum a expressão de sentimentos ambivalentes, os quais oscilam entre o sofrimento e a esperança, o amor e o ódio, a satisfação e a insatisfação, ocasionando, não raro, a desestruturação da família (SANTOS, 2002).

Além disso, o adoecer em decorrência do alcoolismo não fica restrito à pessoa dependente, pois, de alguma maneira, atinge todos os membros da família (CAMPOS, 2005). Na verdade, a relação de confiança da mulher com os filhos e com o esposo fica profundamente prejudicada. A mãe-esposa perde a credibilidade diante da prole e, na maioria das vezes, diferentes modalidades de violência intrafamiliar se manifestam. Com isso, as práticas de cuidado que deveriam ser unificadoras no seio da família da mulher alcoolista perdem o sentido de apoio, quebrando-se, assim, a confiança, alicerçada no conjunto familiar (STAMM, 2005).

No que se refere aos serviços de saúde, o atendimento ao cliente alcoolista, de modo geral, está instrumentalizado para atender as intercorrências clínicas desse cliente; porém, observa-se a inexistência de acolhimento e cuidado com as repercussões psíquicas, sociais e familiares do dependente nos hospitais, ambulatórios e serviços da rede primária de saúde em geral. E, geralmente, os clientes atendidos nos serviços de saúde são, em sua maioria, do sexo masculino. A mulher, quando procura tais serviços, na maioria das vezes, é para tratar de problemas ginecológicos ou clínicos; em raras vezes, relata os problemas com o álcool, conforme corrobora (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005).

Segundo Pillon (2005), os trabalhadores da saúde, em especial os enfermeiros, têm uma deficiência na educação formal, pois obtiveram pouco ou nenhum conhecimento em nível semiespecializado ou especializado sobre o tema alcoolismo e suas consequências, o que, conforme a autora, gera uma reflexão e uma discussão em torno de uma maior oferta de treinamentos na área. Além disso, conforme ratificam Diniz et al. (1996), os trabalhadores da enfermagem possuem restrições morais em relação ao cliente alcoolista, indagando inclusive

a internação e o tratamento ao dependente nos serviços de saúde, ficando eminente o prejuízo da assistência às pessoas dependentes do álcool.

Reiterando Diniz et al. (1996), Santos (2006) em uma pesquisa realizada com enfermeiras assistenciais de um hospital geral da zona sul do Rio Grande do Sul, na unidade de clínica médica, constatou que, além de não serem instrumentalizadas na educação formal para cuidarem de clientes alcoolistas, especialmente de mulheres, as enfermeiras expressaram preconceitos e a negativa moral em relação à mulher alcoolista, pois, segundo essas profissionais, é difícil entender as razões que levam uma mulher a beber e se tornar dependente, já que ela possui o importante papel de cuidadora do lar e da família (SANTOS, 2006).

Ao tratar-se de alcoolismo feminino, portanto, é necessário estar atento, não apenas aos problemas clínicos, mas também às repercussões diretas que essa doença provoca nos papéis que a mulher desempenha no âmbito familiar. Mesmo na sociedade contemporânea, ainda é a mulher que exerce maiores responsabilidades no contexto familiar (GEHRKE, 2001) e, quando essas funções são delegadas a outras pessoas, geralmente emergem os conflitos.

Buscando desvelar a produção científica produzida no Brasil, referente à temática, “o cuidado familiar à mulher alcoolista no domicílio”, foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Teses e Dissertações (BDTD), Bases de Dados em Enfermagem – Bireme (BDENF), nos periódicos da CAPES e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com abrangência nos últimos cinco anos (2004-2008). Para tanto, se utilizou como descritores: Mulher(es), alcoolismo e família; Cuidado(s) à(s) mulher(es) na dependência de álcool; Mulher(es), Cuidado(s) e Alcoolismo; Mulher(es) e alcoolismo, perfazendo um total de novecentos e seis publicações. Entretanto, foram utilizados dezesseis artigos que contemplavam, em parte, o tema proposto.

Também pode ser observado um vácuo em relação à questão do alcoolismo feminino. Em geral, a ênfase maior é dirigida às repercussões sociais, epidemiológicas e os aspectos clínicos e psíquicos do alcoolismo masculino. As publicações não contemplam, na mesma proporção, as repercussões do alcoolismo na mulher e as práticas de cuidado desenvolvidas pela família à mulher alcoolista. Tal situação não é diferente nas revistas de acesso popular, cujas temáticas estão geralmente centradas nos distúrbios clínicos, sociais e psíquicos manifestados pelo homem alcoolista e raramente referência ao alcoolismo feminino e suas complicações (EDWARDS, 1997; RAMOS; BERTOLOTE 1990, 1997; MASUR 1990; ASSUNÇÃO, 2000).

No âmbito da literatura específica da área de Enfermagem, alguns autores retratam determinadas questões acerca do alcoolismo feminino, referindo-se a temas pontuais, como: violência intrafamiliar, perfil sócio-econômico das mulheres dependentes e complicações fisiológicas e sociais do alcoolismo na mulher. Evidencia-se, dessa forma, que permanece, mesmo na área da Enfermagem, a lacuna em relação às práticas de cuidados no âmbito da família para a mulher dependente (DAVID et al., 2005; NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005; FERNANDES et al., 2006; MARQUIES, 2006; NASI e HILDEBRANDT, 2007; ELBREDER et al., 2008; RAMIREZ e LUIS, 2008; SOUZA et al., 2008; VIEIRA et al., 2008).

É importante registrar que, na maioria desses estudos, a mulher nem mesmo é citada, ficando o alcoolismo exclusivamente associado ao homem. Essa situação evidencia a necessidade de o alcoolismo feminino ser estudado com mais profundidade em sua especificidade. Com isso será possível a revisão e a construção de novas formas de cuidar da mulher alcoolista, inclusive para seus familiares, já que o prejuízo das relações afetivas e os conflitos intrafamiliares, emergentes desse contexto, serem significativos e repercutirem em toda a família, especialmente sobre as relações de cuidado, de proteção e de amparo (CESAR, 2006; SILVA, 1996).

Além da lacuna existente na literatura acerca da dependência feminina, e a negligência da sociedade em relação a essa dependência, explicam, pelo menos em parte, a escassez de programas e políticas sociais de saúde especificamente para o cuidado da mulher e a falta de instrumentalização dos trabalhadores da saúde acerca do tema. Nesse contexto muitos questionamentos emergem: o que pensam os filhos quando, em vez de serem cuidados, precisam assumir o cuidado da mãe que bebe? Como se sentem os familiares quando vêm uma filha, uma irmã nessa situação? Quem ajuda a família quando se sente impotente frente às repercussões negativas do alcoolismo feminino?

A relevância de um estudo que aborde o alcoolismo na mulher está atrelada a possibilidade de preencher lacunas existentes na literatura a respeito de um tema pouco evidenciado, mas que repercute diretamente na convivência familiar, e, às vezes, não é tratado com devida importância pela sociedade, trabalhadores da saúde, instituições governamentais e não-governamentais.

Para desenvolver este estudo buscaram-se respostas para dois questionamentos: Quais as práticas de cuidados que a família desenvolve com a mulher alcoolista? Qual a percepção da mulher alcoolista acerca dos cuidados praticados pelos familiares?

1.1 OBJETIVOS

Investigar as práticas de cuidado à mulher alcoolista desenvolvidas pela família;

Conhecer a percepção desta mulher acerca dos cuidados que recebe no âmbito de sua família;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ALCOOLISMO NO BRASIL

O alcoolismo é uma doença crônica que leva o ser humano à autodestruição lenta, tanto sob o ponto de vista emocional quanto social, pois a dependência dessa substância acaba rompendo vínculos sociais e, em especial, familiares. Além disso, organicamente, a dependência sempre trouxe graves problemas aos dependentes, com a degeneração da saúde e a consequente perda da qualidade de vida.

Fligie et al. (2001) afirmam que, no Brasil, o álcool é o responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência, além de causar 70% dos óbitos por mortes violentas. Sabe-se ainda que 15% da população brasileira é dependente do álcool, uma das drogas que mais danos traz à sociedade, porque é legal, de fácil acesso e baixo custo.

Além disso, os autores relatam que a pesquisa solicitada pelo Governo Federal, acerca dos custos dos acidentes de trânsito no Brasil (IPEA/MS e Cols., em desenvolvimento), mostra em seus resultados preliminares que 53% das pessoas atendidas por acidentes de trânsito, no período do estudo, estavam com níveis de alcoolemia superiores ao permitido pelo código brasileiro de trânsito; eram, em sua maioria, do sexo masculino e com idades entre 15 e 29 anos. Quanto aos acidentes e às violências ocorridas no trânsito, ocupam a segunda causa de mortalidade geral; a primeira trata-se de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos (FLIGIE et al., 2001).

A partir do I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado no período de 2003-2007, nas principais capitais brasileiras, observou-se que, das pessoas pesquisadas entre 12 e 65 anos, pelo menos 12,3% delas preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida, o que pode levar a pessoa ao alcoolismo (LARANJEIRA et al., 2007).

Muitos desses fatores, segundo Laranjeira et al.(2007), contribuem para a elevação dos índices referidos pelos autores; dentre eles, ressaltam-se os comerciais de bebidas alcoólicas, veiculados nos horários mais diversos, o que estimula a ingestão alcoólica, cada vez mais precoce entre adolescentes e crianças. Quanto à publicidade de bebidas alcoólicas, ainda para

esse autor, a lei é clara: não podem ser usados atores que tenham ou pareçam ter menos de 25 anos; não devem estimular ao erotismo e nem induzir o pensamento, vinculando o consumo de álcool ao êxito profissional, social ou sexual, sendo igualmente proibida a associação com eventos esportivos e culturais.

Assim, para Laranjeira et al.(2007), inibir anúncios de bebidas alcoólicas na mídia seria uma forma de diminuir o consumo e um compromisso social, visto que os dados epidemiológicos revelam que 7% dos jovens já beberam cotidianamente. Além disso, o comércio de bebidas proporciona livre acesso dos menores e a venda, apesar de proibida, não possui um rigoroso controle nos bares e locais que comercializam os produtos alcoólicos, especialmente para crianças e adolescentes.

Em virtude de toda essa problemática que envolve a questão do alcoolismo, o Ministério da Saúde assume, de modo integral e articulado, em sua Política de Atenção Integral ao Álcool, o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool, atendendo as propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência de Saúde Mental. Da mesma forma, compromete-se com a formulação dessas políticas, tendo como único objetivo a abstinência (BRASIL, 2002).

Analisando as orientações das Políticas Públicas de Saúde, conclui-se que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado, na redução de danos; existe a necessidade de lidar com as singularidades do usuário, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas e, dessa forma, as práticas de saúde devem levar em conta a diversidade, acolhendo sem julgamento a demanda de cada usuário, promovendo e estimulando sua participação e engajamento. Também a redução de danos prioriza a defesa da vida do usuário, possibilitando um meio não excludente de outros, conforme a direção do tratamento e, nesse momento, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, ainda, o estabelecimento de vínculos com os trabalhadores, que também passam a co-responsáveis pelos caminhos construídos em função da vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2002).

Assim, para ter a eficácia que preconiza a redução de danos, essa estratégia deve ser desenvolvida através de interações que proporcionem referências de acolhimento, adscrevendo clientela e aumentando as possibilidades de enfrentamento da dependência do álcool. Para que este programa seja efetivo, devem ser disponibilizados locais apropriados, onde os usuários possam se beneficiar não somente da clínica, mas também da educação, trabalho e promoção social. Essa rede de apoio é constituída por trabalhadores da saúde, familiares, organizações governamentais e não governamentais, tendo como objetivo criar

acessos variados, pelos quais o usuário possa ser acolhido e encaminhado, criando, assim, efetivas alternativas de reconstrução de sua própria existência (BRASIL, 2002).

A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, fundamentada por Deputado Paulo Delgado, e discutida por Araújo et al. (2003), refere que todos os usuários com transtornos psíquicos por dependência de qualquer substância psicoativa deveriam ser encaminhados a hospitais gerais, conforme prevê a Lei Nº: 10.216. No entanto, a resistência em aceitá-los proporcionou um aumento acentuado na procura pelas urgências e emergências de Pronto-Socorros e Pronto-Atendimentos, ocasionando um fluxo de usuários bem maior do que o esperado. Além disso, a resistência era justificada pela insuficiência de trabalhadores com experiência em tratar e cuidar de usuários de álcool e outras drogas, pois estava distante do atendimento clínico de urgência e emergência, o transtorno psíquico.

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica, as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) garantem aos usuários de serviços de saúde mental e aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool a universalidade de acesso e direito à assistência, integralidade e descentralização do modelo de atendimento, buscando, assim, um serviço mais próximo do convívio social de seus usuários, focando desigualdades e ajustando-se, em suas ações, às necessidades da população. Dessa forma, torna-se necessária a estruturação e o fortalecimento de redes assistenciais, centradas na atenção comunitária, associadas à rede de serviços de saúde e à rede de serviços sociais, com propósito de reabilitar e reinserir o usuário na comunidade, baseando o cuidado em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (BRASIL, 2002).

Partindo daí, vislumbrou-se que o tratamento e o cuidado ao cliente alcoolista têm seus paradigmas nos âmbitos da clínica e da saúde coletiva. No âmbito da clínica, porque enfoca a individualidade da dependência permeada pelas manifestações patogênicas que se evidenciam através das comorbidades do alcoolismo, enquanto que as alterações psíquicas, sociais, coletivas e familiares são esquecidas. Assim, o cuidado ao cliente é, igualmente realizado de forma singular, estagnado num corpo, institucionalizado ao hospital psiquiátrico.

Já na saúde coletiva, desenvolve-se o cuidado através de planejamento estratégico, de ações para a pessoa alcoolista, abordando aspectos como hábitos de vida, comportamentos sociais e ambiente familiar, buscando intervenções que se adaptem à realidade do usuário de álcool e de seu contexto social. Salienta-se, entretanto, que ainda não existe uma forma de referência efetiva, quanto à melhor orientação, principalmente, quando o cuidado necessita de respaldo, como intervenção mais especializada e eficaz nos momentos de recaída do doente,

resultando na regressão dos cuidados. Logo, a única intervenção que resta é a internação (BRASIL, 2002).

Inexiste, entretanto, um atendimento específico à mulher alcoolista. As Políticas Públicas de Saúde não a contemplam com atendimento especializado, voltado exclusivamente a ela. Ao ignorar que a mulher apresenta dificuldades de tratar e aceitar sua própria dependência intensifica-se ainda mais essa problemática, a partir do ponto em que se expõe juntamente com homens dependentes. Em geral a busca da mulher para solucionar o problema que vivencia somente é efetiva quando ela já está em um estágio no qual as relações sociais e familiares estão em constante prejuízo. Sem o apoio do companheiro e da família, e sem encontrar solução para a dependência, procura ajuda profissional. Nesse estágio da doença, porém, a mulher está mais vulnerável ao álcool e as suas consequências (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005).

Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento precoce da dependência do álcool têm papel fundamental no prognóstico desse transtorno, que se amplia numa perspectiva global de promoção da saúde e se agrava quando o diagnóstico é retardado (BRASIL, 2001).

Também repensar o cuidado dispensado a esses doentes deve contemplar formas de intervenção precoce, dentro de uma perspectiva lógica, acolhendo e respeitando as diversidades do usuário, o que teria impacto altamente positivo sobre a carga global de problemas e sobre o custo direto e indireto do consumo de álcool. Com isso, atendendo a implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. Essas medidas devem ser oferecidas em todos os níveis de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2001; PILLON, 2005; SANTOS, 2006).

Quanto ao cuidado especializado, os trabalhadores da saúde, especificamente os enfermeiros, ressentem-se com a falta de instrumentalização específica, voltada para a problemática do alcoolismo. Esses profissionais apresentam uma visão negativa do doente e de suas perspectivas evolutivas frente à dependência; logo, os cursos da área da saúde poderiam dar mais ênfase ao alcoolismo, oportunizando aos trabalhadores da área, instrumentos para que possam se capacitar, a fim de cuidarem e tratarem melhor do dependente (PILLON, 2005; LUÍS et al., 2008).

A partir das reflexões anteriores, entende-se que a problemática do álcool não é apenas responsabilidade de determinado setor do governo ou da instituição de saúde, mas é também

um problema social grave, ao qual toda a sociedade fica exposta direta ou indiretamente; portanto, depende de atitudes que possam diminuir o consumo e a prevalência do álcool, com políticas mais efetivas. Na atenção básica é necessário mobilizar e conscientizar os familiares e usuários, mostrando o alcoolismo como doença crônica que precisa de um tratamento especializado e contínuo.

2.2 CONFRONTANDO A REALIDADE DA MULHER ALCOOLISTA COM A LITERATURA

Nas últimas três décadas, a mulher começou um processo de liberação social, sexual e profissional. Com o advento dos movimentos feministas, as mulheres foram conquistando espaços na sociedade e passaram a estar ao lado do homem, buscando melhores condições de trabalho, educação e uma vida mais digna. Aliado a isso, porém, uma nova realidade as inseriu no campo das patologias sociais, pois não só conseguiram maior autoafirmação e independência, como também estão se igualando aos homens, no que se refere ao consumo de drogas, sendo que o álcool está entre as mais utilizadas pelas mulheres (SOGIPA, 2004).

No organismo feminino, os efeitos do álcool são mais rápidos, visto que os níveis de ADH (Álcool Desidrogenase) no estômago da mulher são menores que no do homem; por essa razão, as mulheres atingem níveis de alcoolemia mais rapidamente (RAMOS e BERTOLOTE, 1997). Os autores ainda ressaltam que a “fraqueza feminina” em relação ao álcool não é apenas moral, mas também biológica. O homem precisa ingerir cerca de 45% a 50% mais etanol para alcançar os mesmos níveis de alcoolemia em relação à mulher, relata Gehrke (2001), o que explica, pelo menos em parte, a maior rapidez da mulher para tornar-se alcoolista.

O alcoolismo feminino, frequentemente, está associado aos transtornos do humor, atingindo a mulher em torno dos 40 anos, especialmente, nas situações em que o casamento é mal-sucedido ou quando acontece a saída dos filhos de casa, viuvez, solidão profunda e crises de depressão. Segundo Madi (200-), os distúrbios afetivos primários, como depressão e ansiedade, comuns nas mulheres alcoolistas, constituem fatores significativos que levam, também, ao desencadeamento do alcoolismo.

Em geral, é possível afirmar que o diagnóstico poderia ser mais rapidamente realizado se ela não sofresse a vergonha de ser dependente, condição que repercute de forma negativa no tratamento e no cuidado profissional. A respeito disso, ressaltam Nóbrega e Oliveira (2005), que a mulher, ao buscar o tratamento, tem maior probabilidade de controlar a doença, pois percebe a gravidade do problema e procura maneiras de enfrentá-lo, mesmo em um contexto no qual predomina uma deficiência dos serviços de saúde especializados para o cuidado da mulher alcoolista.

Nóbrega (2001) desenvolveu uma pesquisa do tipo História de Vida para possibilitar a recuperação do tempo passado, as emoções e as sensações das pessoas, bem como dar sentido às ações cotidianas, pois o tempo passado pode ser recuperado com a finalidade de obter-se uma melhor compreensão do futuro. Assim, o método deu voz às mulheres alcoolistas para relatarem suas experiências.

No relato das mesmas, observa-se que as mulheres usuárias de álcool chegam ao serviço de saúde, na busca de atendimento, sem a presença de familiares (maridos, companheiros ou outros) e solicitam que eles nem sejam informados, devido à vergonha e o receio de fracassarem. Com a proposta do relato de experiências, o atendimento à mulher tornou-se baseado na escuta e não somente em terapias diagnósticas ou farmacológicas. Assim, os trabalhadores desse tipo de serviço encontraram novas formas de abordagens da mulher: individualidade no atendimento, respeito à paciente, realização da necessidade dessa mulher de conviver com o grupo (NOBREGA, 2001).

Ainda para Nóbrega (2001), as mulheres alcoolistas aumentam a ingestão do álcool quando expostas a conflitos emocionais: separação, perdas, até mesmo o exercício de atividades prazerosas, como trabalho e lazer. Segundo a mesma autora, foi possível observar que as mulheres estavam conscientes dos prejuízos do alcoolismo e buscavam o tratamento, para voltarem a acreditar em si mesmas, reaprendendo a viver, mantendo-se sóbrias. A pesquisa chama atenção dos trabalhadores de serviços especializados, a fim de que atentem para a necessidade de um tratamento diferenciado às mulheres alcoolistas, com grupos exclusivamente femininos e trabalhos que contemplem a recuperação da autoestima e o manejo das perdas sociais. Esse conjunto de ações possibilita o resgate da cidadania e objetiva a manutenção do processo de recuperação (NOBREGA, 2001).

Estudo realizado por Stamm (2000) acerca do cuidado de duas famílias com homens alcoolistas, no município de Concórdia – SC, mostrou que as mesmas tinham conhecimento do alcoolismo, porém ainda não admitiam a doença em seu familiar. Muitas vezes, o próprio alcoolista não entendia o alcoolismo como doença. Em função de a autora ter aplicado uma

pesquisa com abordagem transpessoal, possibilitou a sensibilização dos sujeitos do estudo, bem como a compreensão da necessidade do tratamento a ser desenvolvido. A partir da abordagem proposta, perceberam os conflitos, os sentimentos predominantes nas dificuldades da aplicação do tratamento, ao enfrentarem o alcoolismo do companheiro. Também identificou a família como principal cuidadora, mesmo numa situação extrema de conflito e desafeto, sendo cuidado portado de forma amorosa e empática, até nos momentos em que as relações afetivas entre os membros da família eram de desamor, desunião e rancor (STAMM, 2000).

No mesmo estudo, verificou-se que os trabalhadores da saúde, ao tratar a problemática do alcoolismo nas famílias, com referencial teórico embasado nas relações interpessoais, principalmente no escutar, precisam buscar subsídios para o seu enfrentamento, procurando suprir as lacunas das publicações nessa área do conhecimento, possibilitando aos trabalhadores da saúde refletirem sobre novos paradigmas que desafiem a Enfermagem a ir além do tradicional. Tal pesquisa permitiu aos alunos de graduação e pós-graduação reconhecerem a necessidade de um referencial teórico na prática de enfermagem com as famílias de alcoolistas, reforçando a necessidade de maior número de horas-aula, durante a graduação, tratando do tema alcoolismo e família (STAMM, 2000).

Cinco anos mais tarde, Stamm (2005) aprofundou a investigação da temática em estudo qualitativo, com três famílias de mulheres alcoolistas, utilizando a teoria de cuidado transdimensional. Em cada encontro com as famílias houve, por parte da autora, muita atenção, persistência e envolvimento, estabelecendo um cuidado atento e amoroso. Após o término do trabalho, as conclusões mais significativas estavam ligadas não só ao fato de conhecer as famílias, mas também ao de fortalecer o cuidado já existente, identificando as fragilidades e participando, efetivamente, de sua reconstrução, lançando mão dos recursos de cuidado intra e extrafamiliar. A autora ressalta ainda que a família é um bem reconhecido, desejado e defendido, um local fértil, instigante, inesgotável e, cada vez mais, importante para estudos e cuidado.

Em síntese, autores como Nóbrega (2001), Stamm (2000, 2005), Melo et al. (2005) e Rossato e Kirchhof (2006) descrevem com grande relevância o alcoolismo e todas as complicações familiares, retratando que a família em situação de alcoolismo torna-se um meio conflituoso e desgastado. Entretanto, esses trabalhos não destacam com relevância as especificidades da problemática do alcoolismo feminino e, em alguns trabalhos ou estudos, a mulher alcoolista sequer é citada, ficando restritos ao alcoolismo no homem.

Dessa forma, estabelece-se uma lacuna significativa em termos do conhecimento sobre alcoolismo na mulher. De certa forma, são poucos os cuidados em relação às mulheres alcoolistas; conseqüentemente, a desintegração no âmbito da família permanece com relações bastante conflitantes, visto que ainda são papéis da mulher a educação, o cuidado, a proteção e o amparo da família, fortemente prejudicados na situação de alcoolismo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Um referencial teórico, segundo Minayo (2007), estabelece o “caminho do pensamento” seguido pelo pesquisador para atribuir cientificidade à sua pesquisa e responder à necessidade de conhecimento, sustentação e contemplação dos objetivos propostos para o estudo. O pesquisador se subsidiará de elementos a fim de elucidar dúvidas e inquietações que emergem no decorrer do estudo, razão que faz do referencial teórico um elemento capaz de desvelar conhecimentos singulares.

Neste estudo, o conceito de cuidado sob a ótica de diferentes autores é utilizado como referência teórica para subsidiar a compreensão das práticas desenvolvidas à mulher alcoolista, no âmbito da família. Dentre os autores que compõem este referencial estão Madeleine Leininger (1991), Elsen (2004) e Waldow (2008). Todas elas abordam o cuidado desenvolvido na dinâmica da família a fim de proporcionar saúde e melhor condição de vida à mulher que vivencia a dependência do álcool.

Para Leininger (1991), o cuidado é uma necessidade humana essencial para o desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos. É formado por vários elementos, entre eles, o amor, o afeto, o zelo e o apoio. Esse cuidado é moldado a partir dos valores, crenças e modos de vida, com o objetivo de auxiliar ou capacitar outro indivíduo ou grupo a manter uma melhor condição de vida, ou a lidar com a doença, a deficiência ou a morte.

Ainda, na visão desta autora, o Ser Humano é capaz de cuidar e de se preocupar com as necessidades dos outros; por essa razão tem sobrevivido ao longo do tempo. Da mesma forma é capaz de cuidar dos bebês, das crianças e dos idosos de maneiras variadas e em muitos ambientes diferentes. Assim, “o Homem é universalmente um ser cuidador que sobrevive em uma diversidade de culturas pela sua capacidade de cuidar de várias maneiras e de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações (LEININGER, 1991, p.22)”. Aplicado a este estudo pode-se considerar que o Ser Humano que cuida é a família da mulher alcoolista e que desempenha esse papel mesmo enfrentando inúmeras situações difíceis no cotidiano. Entretanto, é preciso ter claro que, embora cuidadora, a família é capaz de “descuidar” em alguns momentos e, principalmente que, também, necessita ser cuidada.

Para Waldow (2008), o cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque é intrínseco ao ser humano e lhe dá a condição de humanidade. Relacional por revelar-se na coexistência com outros seres. Contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar, conforme o meio em que ocorre.

Além disso, a autora considera que “o cuidado humano é uma atitude ética em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros, a fim de promover o crescimento e o bem-estar dos outros”. Sustenta, ainda, que o cuidado significa zelar; é o desvelar do outro, orientado pela consideração e paciência, com o compromisso de ajudar o outro ser a crescer, promovendo sua integridade e unidade, mantendo sua dignidade e singularidade, colocando em evidência o ser livre e enfatizando que o ser humano sem cuidado não pode ser livre (WALDOW, 2008).

Segundo Waldow (2008), o cuidador e o ser cuidado contribuem para a relação de cuidado, pois ela exige responsabilidade, compromisso e se desenvolve a partir do afeto, carinho e amor, existindo uma complementação entre os seres humanos envolvidos no cuidado. Quando se evidencia essa complementação, o cuidar se torna uma relação envolvente e significativa, sendo representada pela “preocupação com”, correspondendo à solicitude e traduzindo, assim, o cuidado.

É a partir do Ser Humano que o cuidado é expresso, praticado e desenvolvido, pois o homem nasce com potencial de cuidado, estando o mesmo, portanto, em sua essência, o que significa que todos são capazes de cuidar. Porém tal capacidade será mais ou menos desenvolvida dependendo da maneira como a pessoa foi cuidada nas diferentes etapas de sua vida. Em determinados momentos na vida do ser humano, embora sua essência de cuidador, ele será passível de cuidados, seja na infância, na vida adulta, na terceira idade, ou quando se evidencia dependência na execução de suas atividades diárias, tanto de ordem física quanto mental (WALDOW, 2008).

Ressalta-se que o processo de cuidar, para Waldow (2008), vai além do desenvolvimento de procedimentos e atividades técnicas. O momento de cuidar é caracterizado quando alguns comportamentos são explicitados, entre eles, respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse e compaixão. Esses comportamentos tornam o cuidado um processo interativo entre sujeitos, no qual explicitavam suas singularidades.

Já Elsen (2004) descreve que o ser humano não vive sozinho, mas num contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima e cuidar de seus membros é uma prática comum. Segundo a autora, a família constitui um conjunto de valores, crenças, conhecimentos

e práticas que guiam as ações no sentido da promoção, prevenção e no tratamento da doença de um de seus membros. Essas ações são construídas ao longo do ciclo familiar, associadas às interações com as pessoas que lhes são significantes, com o intuito de compreender e enfrentar as diferentes situações de saúde e doença no sistema familiar.

A autora reitera, ainda, que o cuidado familiar é caracterizado pelas ações e interações no núcleo familiar, com a intenção de alimentar o crescimento, o desenvolvimento, o bem-estar e a saúde, tanto de seus membros quanto do grupo familiar como um todo. Esse cuidado constitui um complexo que não se fragmenta e ainda pode ser reconhecido por vários atributos, como a presença, a proteção, a inclusão e a orientação para a vida (ELSEN, 2004).

A presença compreende as ações, as interações e as interpretações por meio das quais a família demonstra a solidariedade aos seus membros; a proteção garante as medidas que dizem respeito à segurança física, emocional e social ao grupo familiar, incluindo a higiene pessoal e a salubridade; a inclusão é a inserção familiar e social de seus membros, tanto na família quanto na sociedade, traduzida pelo respeito à individualidade, aceitação das diferenças, reconhecimento dos direitos de cada um e o estímulo ao diálogo; a orientação para a vida é traduzida como um guia “internalizado” em cada um dos membros da família, na medida em que aponta para o que é considerado correto, aceitável, esperado, desejado para o indivíduo ou grupo familiar (ELSEN, 2004).

Em síntese, para as três autoras citadas, o cuidado é um ato assistencial ao mesmo tempo promovido e requerido pelo ser humano. É, pois, na interação entre o grupo familiar que as ações de cuidados são estabelecidas com a finalidade de proporcionar melhor condição de vida ao membro familiar em situação de doença.

Por outro lado, mesmo em situação de doenças crônicas, no caso deste estudo o alcoolismo feminino, os indivíduos se preocupam com a saúde das outras pessoas, principalmente quando é um dos seus familiares que está na condição de dependência. Entretanto, para trabalhar com família, é importante observar que ela se constitui em um contexto dinâmico, complexo e singular, na qual convivem simultaneamente o amor e o ódio, a esperança e a desesperança, a companhia e a solidão, as diferenças individuais e mesmo os sentimentos e interesses diversos e até antagônicos, experimentados por seus membros.

É importante salientar que, no âmbito familiar onde existe uma pessoa dependente de álcool, as relações e os sentimentos ambivalentes descritos por Elsen (2004) podem ser mais facilmente evidenciados. Em tais circunstâncias, a convivência familiar geralmente é permeada por laços afetivos interrompidos, desgastados e sentimentos que oscilam entre amor

e ódio manifestados por seus membros, em virtude do cotidiano familiar desgastado pelas repercussões negativas do alcoolismo.

As autoras que embasam este referencial salientam que o cuidado é o cerne motivador para o ser humano viver e conviver em sociedade. É a partir de ações de cuidados que as pessoas interagem com seu grupo social e se identificam como seres capazes de promover o bem-estar e a saúde dos outros. Ademais, defendem ser a família, a primeira instituição social, na qual o ser humano percebe e desenvolve o cuidado, através de ações promotoras de bem-estar.

Em se tratando de alcoolismo, no âmbito da família, frequentemente emergem situações de conflitos, de relações afetivas desgastadas e de sentimentos ambivalentes, o que torna a comunicação entre seus membros prejudicada. Com isso, o cuidado no seio destas famílias, muitas vezes, é pouco desenvolvido ou negligenciado.

Conforme refere Elsen (2004), a família tem um papel importante no cuidado de seus membros em situações de doenças, reafirmando a importância da família na recuperação da saúde de seus membros. Essa descrição da autora é extensiva as famílias que possuem em seu cotidiano um membro alcoolista, pois, mesmo em situações de desgaste das relações afetivas, a família desenvolve cuidados a fim de proporcionar a abstinência da pessoa alcoolista, bem como manter cuidados diários para a recuperação do indivíduo.

Especificamente na situação da mulher alcoolista, para a família, esse compromisso se apresenta ainda mais difícil e árduo. Primeiramente porque a própria mulher reluta em aceitar sua dependência; segundo, devido aos preconceitos e os tabus sociais enfrentados por ela, que ainda estigmatizam e marginalizam a mulher dependente. Por outro lado, a inexistência de políticas públicas de saúde capazes de regulamentar práticas mais efetivas e voltadas para a problemática do alcoolismo feminino, o que atribui aos cuidadores domiciliares um sobrepeso no enfrentamento da doença.

Em virtude das características do contexto familiar, no qual são fortemente sentidas as repercussões negativas do alcoolismo, o cuidado zeloso, amoroso e afetuoso, muitas vezes, cede espaço aos inúmeros conflitos internos. Porém, se o sistema familiar adapta-se e reorganiza-se frente ao processo de adoecimento da mulher, a família retoma o compromisso de cuidar, independentemente das circunstâncias e das dificuldades experimentadas na dependência.

Outro entrave na relação família e alcoolismo feminino é a inversão de papéis que os familiares experimentam, pois a mulher instituída socialmente como a cuidadora da prole, é quem está doente e necessitando de cuidados. Dessa forma, evidencia-se uma divergência no

seio familiar, porque a “responsável” pelos cuidados da família sofre com o alcoolismo e a família fica impotente frente a doença, primeiro porque não aceita a dependência da progenitora; segundo identifica que a mãe-esposa, aos poucos perde seu papel desempenhado como uma base forte na estruturação dos laços familiares, oportunizando a outras pessoas reassumirem essas responsabilidades, o que possibilita os conflitos intrafamiliares.

Por outro lado, a concepção de Ser Humano como cuidador, para Leininger (1991), o cuidado familiar de Elsen (2004) e o cuidado amoroso, zeloso e afetuoso de Waldow (2008), são elementos fundamentais para as práticas de cuidado desenvolvidas pela família que possui uma mulher alcoolista em seu meio. O cuidado familiar praticado a partir desses elementos remete a família como a principal cuidadora de seus membros e, assim, evidencia-se que, no âmbito familiar da mulher alcoolista, os indivíduos preocupam-se com o bem-estar da dependente, e as práticas de cuidados estão vinculadas à reinserção da mulher na sociedade e, também, à retomada de seus papéis de cuidadora.

Assim, os conceitos das autoras citadas aportam a estrutura teórica que embasa este estudo, sendo o ser humano, o cuidado e a família a tríade que sustenta o processo de apreender e compreender as práticas de cuidados desenvolvidos pela família à mulher alcoolista e a percepção dela em relação aos cuidados que recebe.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A abordagem qualitativa foi a opção para o desenvolvimento deste estudo, pois a mesma permite explorar questões relacionadas ao universo dos significados, motivos, crenças, valores e as atitudes das famílias que o integraram (MINAYO, 2007). Quanto à sua finalidade pode ser caracterizado também como um estudo do tipo descritivo e exploratório já que busca apreender e retratar, com a maior exatidão possível, os fatos e os fenômenos correspondentes à realidade vivenciada pelos familiares e pelas mulheres alcoolistas acerca das práticas de cuidado que permeiam seu cotidiano. Ou seja, explorar e descrever a intrincada relação na qual ocorrem as trocas de papéis sociais, entre os membros da família, o cuidado e a organização do lar, ao mesmo tempo em que a mulher vivencia a dependência alcoólica.

Trata-se, portanto, de um estudo que explora a subjetividade dos sujeitos que dele participam, desvelando seus valores inseridos nas práticas de cuidados à mulher alcoolista, e a percepção desta acerca dos cuidados executados pelos seus familiares. Com isso, busca a familiarização com o problema e a possível obtenção de uma nova perspectiva do mesmo, a fim de torná-lo mais visível.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Três famílias nas quais pelo menos uma mulher tem história de alcoolismo integraram este estudo: Família I, Família II e Família III. Para preservar o anonimato de todos os participantes os cuidadores foram identificados como F1, F2 e F3 e as mulheres alcoolistas como M1, M2 e M3. Na família I: F1 é a mãe da mulher alcoolista (M1) e sua principal

cuidadora; na Família II: F2 é a filha cuidadora e M2 é a mãe dependente de álcool; na Família III: F3 é o companheiro que cuida de M3, a esposa dependente de álcool.

A Família I é composta por cinco pessoas: a mulher alcoolista (M1) de cinquenta e um anos; sua mãe (F1), a principal cuidadora, com oitenta anos; a filha de M1, com vinte anos, que engravidou na adolescência e teve um menino, atualmente com cinco anos, e também o genro. Esta filha ajuda a cuidar da mãe. A mulher alcoolista iniciou a beber aos dezesseis anos. Em sua história consta que teve dois tios, irmãos de sua mãe, que também bebiam, sendo que F1 cuidou deles desde a infância até a idade adulta, quando foram a óbito em consequência do alcoolismo.

A residência onde a família habita é ampla, tem dez cômodos, com quartos privativos para seus membros. Situa-se no centro da cidade, em boas condições de manutenção e com cômodos confortáveis. Os integrantes dessa família mostraram-se simpáticos e acolhedores, as mulheres respondentes do estudo estavam bem vestidas, a idade cronológica de F1 não condizia com sua aparência jovial, pois era uma senhora ativa e não se deixava abater pelo sofrimento que enfrentava durante esses vinte e cinco anos de dependência alcoólica da filha. Já M1 demonstrava na aparência física o envelhecimento em virtude das consequências do alcoolismo, era hostil e agressiva com os familiares, o que era evidenciado na forma como respondia quando solicitada por eles, ou seja, em tom alto e irônico.

A Família II é composta por quatro pessoas: a mulher alcoolista (M2), de sessenta anos; a filha (F2), a cuidadora, com trinta e seis anos; o genro e a neta. A mulher alcoolista faz uso de bebida alcoólica há trinta e dois anos, reside em uma casa localizada em um bairro de classe média, com dois quartos, sala, cozinha, banheiro, situada nos fundos da casa da mãe de seu genro.

M2 aparenta ser mais jovem do que sua idade cronológica, veste-se bem mantém os cabelos pintados, embora afirme que não se importa com a aparência física. Iniciou a beber na juventude, quando casou, aos vinte e oito anos. Após a instalação da dependência, porém, alternava períodos de abstinência com a ingestão de álcool. Refere que, atualmente está feliz ao lado da família e diz parecer ter voltado a ser criança, porque a filha a cuida com muito amor e zelo.

A filha, cuidadora é casada, tem uma filha de doze anos e seu marido é um homem de aparência jovem. Este casal relata que há alguns meses, a sogra estava morando com eles, porque não era possível deixá-la sozinha, uma vez que a ingestão de bebida alcoólica estava muito intensa. O genro de M2 afirmava que a sogra era uma mulher guerreira, mas que

precisava manter-se “longe” do álcool. Por essa razão, morava com eles, pois necessitava de supervisão mais próxima.

A Família III é composta por duas pessoas: a mulher alcoolista (M3), com quarenta e cinco anos que trabalha como diarista e o companheiro (F3), o cuidador, com trinta e cinco anos. A mulher iniciou a ingestão de álcool aos dez anos de idade, tem dois filhos de seu primeiro casamento, um rapaz de 25 anos e uma moça de 26, os quais residem em Florianópolis-SC, onde trabalham e não a visitam com frequência. O pai de seus filhos era um homem rude, bebia muito e morreu em consequência dos efeitos nocivos do álcool.

No período em que concedeu a entrevista para esse estudo, M3 teve uma recaída e voltou a ingerir bebida alcoólica. Estudou até a 2ª série do ensino fundamental. Residia com seu segundo companheiro em uma casa humilde, com quatro cômodos pequenos: cozinha, banheiro, sala e quarto. É uma casa alugada, localizada em um bairro pobre da cidade.

Seu atual companheiro, F3, não tem filhos, também foi dependente químico, iniciou o alcoolismo e a utilização de drogas (maconha) aos onze anos, e permaneceu na dependência até os vinte e cinco anos. Nesse período residiu na rua por não se adaptar aos pais adotivos, que o maltratavam. Segundo suas próprias palavras “conseguiu a abstinência quando se sentiu ‘tocado’ por Jesus” (sua religião é evangélica). Trabalha há dez anos, como vigilante noturno em uma rua próxima de sua residência.

4.3 LOCAL DE RECRUTAMENTO

Os sujeitos deste estudo, tanto as mulheres alcoolistas como os familiares cuidadores, foram selecionados a partir de um Centro de Apoio Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD). As mulheres frequentavam esse CAPS-ad para o tratamento e os cuidadores, participavam das consultas e das reuniões de familiares, eram assíduos e assumiam responsabilidades no tratamento das mulheres.

Esse CAPS-ad está situado na cidade de Pelotas-RS, é especializado no tratamento de pessoas com dependência química em álcool e outras drogas. Desenvolve, entre outras atividades, terapias de grupos, reuniões com familiares e grupos especializados no cuidado a mulheres alcoolistas.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2008, através de entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas, as quais foram gravadas e, posteriormente transcritas, conforme o roteiro elaborado para este fim (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas na residência das mulheres alcoolistas, sendo que dois encontros foram agendados: um para entrevistar a mulher alcoolista e outro para entrevistar o familiar cuidador.

A entrevista com M1 durou em torno de uma hora. A respondente comenta que gosta muito de falar, de conversar com alguém, que se sente mais “aliviada” quando alguém pára para escutá-la, pois afirma que é impossível conversar com os familiares, já que eles não entendem o sofrimento e a solidão que sente, mesmo quando está em abstinência. M1 está ciente que já fez a família sofrer muito, mas refere que isso é passado, embora nos momentos de desafetos e discussões com seus familiares, sempre alguém relembra seu passado, ocasião em que as ofensas são imediatas, com palavras pejorativas a seu respeito. Com a mãe cuidadora, a entrevista durou em torno de duas horas.

Na família II, a mulher alcoolista concedeu a entrevista muito emocionada, durante boa parte das duas horas de entrevista ela chorava, enquanto relatava os problemas e situações constrangedoras em que envolveu a família durante sua dependência alcoólica. F2, a familiar cuidadora, concedeu a entrevista em torno de duas horas, ressaltou durante esse tempo, além dos cuidados dispensados a mãe, a revolta que sentia desde criança quando M2 embriagada deixava de cuidar da família para divertir-se com os amigos. Durante a entrevista com F2 seu esposo esteve presente, e também, se emocionava com a história de vida da companheira, que sofreu junto com os irmãos os descuidados de M2 durante sua trajetória com o álcool.

Na família III, os sujeitos do estudo optaram por concederem as entrevistas no mesmo dia, e simultaneamente. A entrevista durou cerca de duas horas e meia, o casal demonstrou opinião adversa acerca do alcoolismo, para F3 o alcoolismo é uma doença que dependendo da pessoa que bebe se torna um entrave nas relações familiares, já para M3 sua dependência era proveniente da experiência familiar de sua mãe que também bebia, e possuía uma relação amistosa e de violência com seu companheiro. Apesar das divergências, o casal tinha uma relação de companheirismo, afeto e amor, o que mantinha a relação afetiva entre eles.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Após transcritos, os dados foram organizados segundo a técnica preconizada por Minayo (2007) para análise de conteúdo. Inicialmente foi realizado a pré-análise dos dados a partir da leitura compreensiva do material selecionado de forma exaustiva, com objetivo de ter uma visão do conjunto dos dados, apreender as particularidades do material em análise e interpretação dos resultados (MINAYO, 2007).

Na segunda etapa realizou-se a exploração do material, que consistiu na análise propriamente dita. Nesse momento foram encontradas palavras, expressões e significados que desvelaram o âmbito das famílias que cuidavam de sua familiar alcoolista. Dessa forma, as entrevistas remetiam a expressões significativas que se articularam com os conceitos teóricos propostos para esse estudo.

Na terceira etapa foi realizada a interpretação dos resultados obtidos, a fim de contemplar a discussão dos resultados, que permitiu a interação do objetivo do estudo com questões e pressupostos embasados nos conceitos teóricos que fundamentaram a pesquisa, Leininger (1991), Elsen (2004) e Waldow (2008). Além dessas autoras, foram utilizados outros para maior sustentação na discussão dos resultados, o que permitiu desvelar singularidades das três famílias que participaram do estudo, bem como a singularidade da mulher alcoolista que é cuidada pelos familiares.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo foram respeitados os preceitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (prioritariamente o item IV). Inicialmente o projeto deste estudo foi apresentado à coordenadora do CAPS-ad solicitando autorização para seu desenvolvimento com famílias vinculadas ao serviço (Apêndice B). Após aprovação da coordenadora deste serviço (Anexo A), foi realizado o

convite às mulheres alcoolistas e seus familiares, obtendo a aceitação das três famílias contactadas.

Atendendo às normas da pesquisa, que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas CEP-UCPEL, sendo aprovado sob o registro N°. 2008/9 (Anexo B). Além disso, foi apresentado e entregue aos sujeitos do estudo, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (Apêndice C), que foi assinado pelos participantes, ficando uma cópia para o pesquisador e outra com o sujeito do estudo.

Também, foi garantido aos sujeitos do estudo o anonimato, o sigilo e o direito de desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo pessoal ou profissional, bem como o acesso aos dados quando fosse de seu interesse.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo são descritos em uma sequência que procura contemplar o cotidiano das famílias que convivem com o alcoolismo feminino. Inicialmente são apresentadas as práticas de cuidado que, segundo o ponto de vista dos principais cuidadores, foram realizadas no âmbito das famílias, em seguida a percepção da mulher alcoolista acerca dessas práticas. Ao término dessa descrição é apresentada uma discussão que procura confrontar o ponto de vista do(a) cuidador(a) e a percepção da mulher alcoolista acerca dessas práticas, discutindo com base na visão de vários autores que escrevem a respeito de alcoolismo, cuidado e família.

5.1 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA FAMÍLIA I

O envolvimento de M1 com o alcoolismo iniciou na adolescência, por volta dos dezesseis anos, quando fugia da escola juntamente com outras colegas, para beberem cerveja em um bar próximo. Nesta época, a forma da mãe cuidar era, predominantemente, através do monitoramento das atitudes e do comportamento da filha adolescente. Especificamente com a ingestão de álcool a mãe não se preocupava, mas apenas, com o desempenho escolar da filha, pois acreditava que era uma maneira da adolescente chamar atenção.

A mãe (F1) começou a se preocupar, de fato, com a ingestão de álcool da filha quando esta chegou à idade adulta. Neste período, M1 então com vinte e cinco anos, bebia de forma imoderada durante toda a semana e à medida que a doença se instalava M1 acentuava o desinteresse gradativo pela própria aparência pessoal. Mesmo assim, F1 não reconhecia (ou não admitia) o alcoolismo da filha, o que é bastante comum entre familiares de pessoas alcoolistas, que geralmente negam a dependência para não enfrentar as repercussões negativas do alcoolismo.

A dependência de M1 se constituía em uma situação de exposição pública para a família, provocadora de mal estar já que representava uma violação dos valores

predominantes. Especialmente porque para esta família o alcoolismo é considerado como prática exclusiva do homem como se observa através da fala de F1:

Eu escondi no começo porque ela tinha muitas amigas, pessoas da alta sociedade. Eu tinha vergonha que as vizinhas soubessem que minha filha era alcoólatra, era uma vergonha tremenda, porque uma mulher beber é pior que um homem beber (F1).

Aos trinta e cinco anos M1 casou-se e foi morar longe de sua família. Neste período estava cursando o ensino superior e continuava bebendo, mesmo durante a gravidez de sua única filha. A mãe era presença constante, visitando-a seguidamente, ocasião em que constatava as reclamações do genro de que a esposa descuidava do lar e negligenciava os cuidados da filha. M1 bebia diariamente, grandes quantidades e se tornou habitual o marido chegar em casa e encontrá-la embriagada. Em consequência disso, ele assumia sozinho o cuidado com o lar e com a menina recém nascida. Dessa forma, o casamento não durou muito e M1 retornou para sua família de origem, trazendo consigo a filha pequena.

A partir deste retorno, com a convivência, a confiança entre F1 e M1 se tornou frágil e os laços afetivos foram se rompendo em decorrência dos inúmeros problemas vivenciados pela família com a dependência de M1. Frequentemente, F1 precisava resgatar a filha embriagada da rua e colocá-la no quarto para dormir. Nesta época, esta era a forma de F1 cuidar de M1.

A partir deste período os cuidados desenvolvidos por F1 se constituíam em permanecer em vigília durante todas as noites em que sua filha saía para se divertir, pois precisava preservá-la do descontentamento do pai se a encontrasse embriagada, já que este não admitia a dependência de M1. Precisava, também, preservar a neta, porque a menina era muito pequena. Evidencia-se que, além de cuidar de M1 embriagada, F1 ocultava da família as repercussões negativas do alcoolismo da filha, como a embriagues, as palavras pejorativas que desferia à mãe e no estado físico deplorável que costumava chegar em casa. A fala seguinte ilustra esta situação.

Eu não deixava a filha dela ver porque era pequena, eu não deixava o meu marido ver porque ele estava doente. Eu ficava a noite sentada a controlando. Sabe como é mãe: abafa. (F1).

Ao mesmo tempo em que F1 cuidava da filha alcoólista e dos demais membros da família, não escondia a sobrecarga social e emocional de conviver com o alcoolismo de M1 e o sentimento de vergonha que sentia em relação às outras pessoas. Este sentimento parecia relacionado com os valores que imperavam nesta família, os quais conflitavam com o fato de ser uma mulher, conforme evidencia o relato abaixo:

Eu tinha vergonha das minhas amigas, se elas ficassem sabendo, porque a gente tinha uma vida muito social, eu tentava de tudo para que ninguém viesse aqui (F1).

O alcoolismo em M1 se intensificou ainda mais com a morte do pai, com quem tinha uma boa relação de companheirismo nos momentos mais difíceis. A partir deste evento M1 intensifica o beber, passando a ingerir outras substâncias que continham álcool como perfume, gasolina e desinfetantes. Em virtude disso, F1, já com idade avançada, setenta e cinco anos, e apresentando dificuldades para executar os cuidados à filha alcoolista, pediu ajuda à neta, que morava com o marido e um filho pequeno. Assim, a filha de M1 passou a residir com elas e a dividir os cuidados da mãe, especialmente aqueles relacionados com o controle das saídas de M1 de casa e o manuseio do dinheiro. Isto contribui para intensificar os conflitos familiares já que M1 considerava essas práticas punitivas e controladoras.

Mesmo em meio às relações de afeto perturbadas, F1 sempre prestou os cuidados relacionados com as necessidades básicas. Esses cuidados incluíam dar banho, trocar as roupas, alimentar e depois a colocar para dormir, especialmente quando M1 chegava em casa alcoolizada. No entanto, M1 diz que não lembra ter recebido esses cuidados.

Evidencia-se uma família convivendo diariamente com conflitos, situações desajustadas, cansada pelas inúmeras discussões e desentendimentos e sem esperança na recuperação de M1. Reflexo disso são os sentimentos ambivalentes experimentados: ao mesmo tempo em que F1 cuida e protege M1 das recaídas e a assiste com os cuidados básicos, experimenta a insatisfação e o sofrimento que a dependência da filha trás à família, como retrata a fala seguinte:

Na última vez, ela não conseguiu abrir a porta e caiu. Eu a puxei para dentro [...] senti vontade de matá-la, me ajoelhei e pedi a Deus que me ajudasse. Peguei o travesseiro, coloquei debaixo da cabeça dela, e tive vontade de abafá-la. Pensei: vou matar porque não aguento mais, eu não tenho mais vida. Pedi a Deus que me orientasse naquela hora. Deixei, mas a minha vontade foi fazer isso (F1).

O estado de embriaguês de M1 se tornou uma rotina e a ajuda apenas da neta já não era suficiente para controlar a situação. Elas buscam, então, o auxílio de outros familiares e com isso conseguem por mais algum tempo cuidar de M1 no seio da família. Entretanto, a condição clínica e emocional evolui e, em seguida, é necessário recorrer aos serviços especializados, como hospitais psiquiátricos e clínicas para reabilitação de dependentes químicos.

Destacam-se novamente os sentimentos ambivalentes de F1 em relação a M1. Ao mesmo tempo em que flui o desejo de matar a fim de terminar com o sofrimento da família e da filha, F1 busca ajuda nos demais familiares para socorrer a filha o que denota os

sentimentos de solidariedade e de afeto, que vão ao encontro do desejo de matar, ou seja, o papel de mãe como protetora e cuidadora impera neste momento.

A dependência de M1, segregada no seio da família, foi gradativamente sendo exposta às outras pessoas do convívio social da família, inclusive a vizinhança. Para F1, à medida que o tempo passava já não importava mais manter este “segredo”, porque a esperança de recuperação e de cura de M1 gradativamente ia sendo perdida. Da mesma forma, a motivação de F1 estava fragilizada pois fisicamente não tinha mais energia para suportar a dependência de M1, já não se importava com a exposição de seu cotidiano familiar e aceitava sem resistência a ajuda de outras pessoas para cuidar de M1.

Um dia ela caiu por ai e umas pessoas a colocaram para dentro de casa, ela disse que morava aqui e deu o número da casa[...]. Eles a trouxeram de carro até aqui, porque estava totalmente embriagada, não conseguia nem caminhar (F1).

Quando esgota a capacidade de cuidar, a família busca apoio na rede social que neste estudo está representada pelos vizinhos, os parentes e os serviços comunitários, incluindo os hospitais psiquiátricos, o serviço de pronto atendimento, as urgências e emergências dos hospitais gerais. As falas que seguem remetem a isso:

Eu chamava os bombeiros, eu chamava a assistência, e eles diziam: está alcoolizada [...] Depois ela foi para o sanatório, já estive internada lá cinco vezes [...] Agora ela está no CAPS, até que estou achando que está bem... ela está se arrependendo de tudo que fez... Nós não precisávamos estar se preocupando com essas coisas (F1).

5.1.1 A percepção da mulher alcoolista acerca dos cuidados da família

Quando iniciou sua participação neste estudo fazia dois meses que M1 estava em abstinência. Foram trinta e quatro anos de alcoolismo avaliados por ela própria como um período de grandes perdas, tanto familiares como individuais. O isolamento em relação à sua família foi a perda que lhe parece mais significativa. A falência das relações familiares e as desconfianças da família são ainda notáveis e M1 reconhece que o convívio está desgastado pelos inúmeros problemas que vivenciaram, mas reivindica uma oportunidade de reconstruir as relações familiares:

Eu acredito que elas passaram momentos ruins, que sofreram a maneira delas, mas precisam analisar as minhas atitudes e constatar que no dia a dia estou mudando,

lutando, para melhorar, e não ficar vinte e quatro horas atirando em cara, porque ao invés de ajudar enterra mais [...] é difícil esquecer (M1).

Apesar das práticas de cuidados realizadas principalmente por sua mãe e sua filha, ao longo da evolução do alcoolismo, M1 refere que eram focadas apenas na sua relação com o álcool. Não eram cuidados dirigidos à sua pessoa e sim cuidados punitivos e de policiamento como, por exemplo, não sair de casa, não manusear dinheiro e ser inquirida se havia bebido quando retornava da rua.

Elas me cuidavam no sentido de me controlar, quando eu saía e quando voltava, observavam como eu chegava [...] muitas vezes estou no meu quarto e minha filha invade, acho que é para ver se não estou bebendo. Minha filha comanda tudo até hoje, o dinheiro é ela quem comanda. Então eu acho que neste sentido não é cuidado, pelo menos comigo não (M1).

M1 percebe os cuidados desenvolvidos pelos familiares como controladores, entretanto, estes foram necessários para preservar sua saúde, pois a dependência já repercutia em problemas sociais, emocionais e clínicos. É importante lembrar que a família precisa estabelecer limites ao dependente, logo quando as práticas de cuidado não são percebidas pelo ser cuidado, a família vai perdendo a esperança de que a abstinência aconteça e a fragilização dos laços afetivos, na maior parte das vezes, é inevitável, abrindo espaço para os conflitos internos. Quando isso acontece, em geral, a pessoa dependente começa a culpabilizar a família pelo fato de estar bebendo. Assim, justifica sua condição responsabilizando os familiares.

De modo geral pode-se dizer que M1 não se reconhece cuidada pelos seus familiares, porque esses não lhes dispensam carinho, amor e atenção. Em sua percepção, cuidado está relacionado com afeto, atenção e estes não encontra em sua família. A preocupação e o envolvimento de F1 durante toda a evolução do alcoolismo não são reconhecidas por M1, embora sua família tenha expressado esse compromisso de ajudar e apoiar. Dessa forma, constata-se um descompasso entre as práticas de cuidado desenvolvidas pela F1 e o que M1 percebe como sendo cuidado.

Carinho, atenção, ser considerada como um ser humano, como normal, deixarem de lado o que eu fui e o que ainda sou: uma alcoólatra em recuperação [...] me considerarem um ser humano normal, dar um crédito de confiança, me dar aquele carinho (M1).

Apenas na relação com o pai M1 sentia-se cuidada de forma carinhosa, afetiva e com dedicação. Entretanto, apesar desta relação ser percebida de forma harmoniosa, os episódios de embriagues eram comuns a ambos, pai e filha bebiam juntos. A mãe condenava esses comportamentos, relacionando-os com uma liberdade demasiada e que poderia vir a

prejudicar a filha. Cabia-lhe a função de alertar e, muitas vezes, de coibir estas práticas, mas não era ouvida nem pelo esposo, nem pela filha.

Senti muita falta do meu pai, era muito meu amigo, meu companheiro, me colocava para cima, me elogiava. Eu sentava no colo dele e eu chorava, conversava. O meu pai graças a Deus não chegou a ver meu estado de alcoolista, bebia comigo, mas bebíamos socialmente, tomava uns porrezinhos de vez em quando nós dois (M1).

Outra prática familiar percebida por M1 foi a busca de serviços especializados, acionados apenas quando a família perdeu a esperança de que M1 chegasse à abstinência. Enquanto havia esperança, a família foi uma cuidadora, presente, dedicada e vigilante. M1 acredita que não teria sobrevivido ao alcoolismo se isso não tivesse acontecido, pois segundo ela, chegou ao descontrole total, não sabia como chegava em casa, porque esquecia dos acontecimentos, pois bebia e sentia um tipo de “apagão” e quando acordava já estava em casa, ou em alguma instituição para tratamento de alcoolismo.

Nestas ocasiões, os cuidados percebidos por M1 eram apenas aqueles desenvolvidos pelos profissionais da saúde, mesmo a família acompanhando de perto o período de desintoxicações a que era submetida. Os relatos de M1 são variados em relação às internações a que fora submetida (em torno de seis) e durante as entrevistas procurava demonstrar despreocupação sugerindo que tentava não se abater pela decisão dos familiares de interná-la. Reconhecia nestas condutas da família uma forma de punição e não de cuidado para com sua saúde.

Nesta última internação eu pensei muito, estava destruindo a minha vida, por coisas que não valiam a pena, que não iam levar a nada, não iam comovê-las, não iam modificá-las e quem estava se destruindo com isso era eu, e enfim eu tinha chegado ao meu limite (M1).

M1 interpreta como punição e “descuidado” a decisão da família de interná-la e considera que isso contribuía para que ela continuasse a beber. Refere que em sua última internação hospitalar começou a reconhecer em si o desejo de não mais recair, pois, entende que “quando se está bebendo não se têm problemas, se resolve tudo, mas depois as consequências são grandes, pois “a pessoa fica desacreditada, desrespeitada e desconsiderada” (M1). Percebe-se, também, como a única prejudicada e que estava destruindo sua vida. Não reconhece a família como forma de apoio para o enfrentamento da dependência, mas queria provar para os familiares que conseguiria manter-se sóbria. Assim, M1 iniciou uma busca pela abstinência e quando este estudo encerrou completava dois meses sem ingerir bebidas alcoólicas.

5.1.2 Discussão

Os resultados deste estudo mostram que a forma da família cuidar foi modificando na medida em que o alcoolismo de M1 se instalava, ou seja, no mesmo compasso, evoluíram o processo de adoecer e o processo de cuidar. Nas fases iniciais em que a ingestão abusiva de álcool predominava, por volta dos dezesseis anos, as práticas de cuidado se manifestavam, principalmente através do monitoramento do comportamento da filha, considerado pelos pais como próprio da adolescência. No entanto, era o começo de uma trajetória de dependência alcoólica que não foi identificada e, portanto, não foi prevenida. Dessa forma, os resultados desse estudo confirmam a literatura ressaltando que a passagem da condição de beber socialmente para o alcoolismo pode levar muitos anos, sendo demarcado por uma longa interfase entre o beber normal e o alcoolismo, que passa a ser priorizado em relação a outras atividades, estabelecendo o adoecimento da pessoa (MASUR, 1990).

Os valores e os costumes predominantes nessa família os quais vinculam o alcoolismo a uma prática masculina; um “vício” e não uma doença; contribuíram para que não fosse identificado o potencial de risco que o comportamento de M1 representava, confirmando que as crenças, valores, normas e preconceitos que orientam o pensamento e as ações de um determinado grupo e se transmite através das gerações (LEININGER, 1991). Assim, pode-se compreender melhor as dificuldades e os conflitos vivenciados anos mais tarde entre M1 e sua filha que em muitas ocasiões reage movida por essas crenças. Da mesma forma, com F1 que passa muito tempo tentando “esconder” a dependência de M1, através do “isolamento” social da família. Ajuda a explicar, também, o posicionamento da sociedade em relação ao alcoolismo feminino e o alcoolismo masculino.

F1 escondia a dependência alcoólica da filha em virtude dos preconceitos frente ao alcoolismo e, principalmente, ao fato de ser uma mulher alcoolista. Essa prática familiar remete a visão agressiva da sociedade frente ao alcoolismo feminino, que considera a mulher como imoral e com comportamento inadequado ao beber, aumentando seu sofrimento e a estigmatizando socialmente (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005).

Na idade adulta, por volta dos vinte e cinco anos, as práticas de cuidado estão relacionadas com a presença constante de F1 tentando dar apoio para que o casamento da filha não fracasse e a manutenção das necessidades básicas de M1 que começavam a mostrar sinais

de comprometimento. Nessa época não é mais possível “negar” o alcoolismo, são constantes os estados de embriaguez de M1, assim como os conflitos intra familiares e a negligência com a higiene pessoal, a alimentação e a aparência, confirmando que após o advento do alcoolismo, a dinâmica familiar é passível de mudanças e que o abandono da mulher pelos membros da família é quase inevitável (STAMM, 2005).

Devido a progressão do alcoolismo se estabelece uma condição de dependência de M1 em relação aos familiares que passam a executar os cuidados relacionados com o atendimento das necessidades básicas de M1. Com isso, intensificam-se os conflitos entre mãe e filha, os sentimentos de indignação e, principalmente, de vergonha, pela exposição pública do problema que vai, gradativamente, extrapolando os limites da família e se mostrando em outros ambientes, representando uma ameaça de comprometimento da posição social da família.

Diversos autores referem que os sentimentos de “vergonha” em relação a pessoa alcoolista surgem devido às situações constrangedoras que ela provoca para a família (FILIZOLA et al., 2006). Quando instalada a dependência a pessoa perde o senso crítico em relação a vida cotidiana, descuida de suas necessidades mais elementares como, por exemplo, alimentação, higiene e auto estima, desenvolvendo uma relação de dependência como forma de sobreviver. Surgem, também, transtornos físicos e psíquicos transformando-a, muitas vezes, em um ser humano difícil de conviver socialmente, controlar e tratar. Nessas condições, a família vai sendo tomada pelo desânimo e a desesperança em relação a recuperação de uma condição de vida melhor. Em síntese, gradativamente a família vai perdendo a esperança de resgatar qualidade ao convívio social (MASUR, 1990; ROSSATO, 2006).

A família para cuidar de seu familiar alcoolista adapta-se a uma nova situação em seu cotidiano, pois é necessário controlar assiduamente o usuário, orientando-o para os cuidados com a higiene e alimentação. Além disso, acompanhá-lo nas consultas médicas, administrar medicamentos, manter-se em vigília até que dormisse ou chegasse a residência, quando estava na rua bebendo. Os cuidadores por conta disso, sofrem desgastes emocionais, cansaços físicos, sentimentos de angústia, insegurança e desânimo, e muitas vezes, sentem-se despreparados para o enfrentamento de situações de exposição pública, em que as atitudes do alcoolista constroem os familiares (SANTOS e MARTIN, 2009).

O cuidado familiar é caracterizado pelas ações e interações no núcleo familiar, com a intenção de alimentar o crescimento, o desenvolvimento, o bem-estar e a saúde, tanto de seus membros quanto do grupo familiar como um todo. A família garante a proteção de seus

membros familiares com medidas relacionadas a segurança física, emocional, e social ao grupo familiar, incluindo a higiene pessoal e a salubridade (ELSEN, 2004).

Ainda na idade adulta, a partir dos trinta e cinco anos, as práticas de cuidados não estão mais restritas ao ambiente familiar. Incluem, entre outras, resgatar M1 embriagada das ruas, acionar os serviços de saúde para desintoxicação e internação hospitalar. É importante destacar que nessa época a família sentia seus recursos internos esgotados para ajudar M1, visto a intensidade das repercussões sobre sua saúde física e mental. Por outro lado, F1 já com idade avançada, continuava desenvolvendo os cuidados relacionados com as necessidades básicas de M1, o que permite constatar a preservação de elementos importantes da definição de cuidado como: compromisso, ajuda ao outro para promover sua integridade, dignidade e singularidade (WALDOW, 2008).

Entretanto, apesar de todas estas ações desenvolvidas ao longo da evolução do alcoolismo, M1 não as reconhece como cuidado e ressalta a falta de carinho, de amor, compreensão e afeto por parte de sua família. Possivelmente o sofrimento e o cansaço sentidos ao longo de trinta e quatro anos de dependência não mobilizavam o desejo de expressar palavras que demonstrassem afetividade entre os familiares e M1.

Confirmando resultados de outros estudos nos quais foi evidenciado o alcoolismo tem alto poder disruptivo no âmbito familiar, com sérias repercussões nos laços afetivos, conflitos e mesmo a violência familiar. Nas relações afetivas interpessoais e sociais é presente a dificuldade de aproximação e manutenção de laços de intimidade, de confiança e de compartilhamento de experiências entre os membros familiares e o alcoolista. Também, se evidencia fortes sentimentos ambivalentes o que contribui para os conflitos intrafamiliares, gerando as agressões verbais e físicas no contexto doméstico (SANTOS, 2002; NÓBREGA, 2005; ROSSATO, 2006).

Para M1 o cuidado está nas demonstrações de afeto, zelo e preocupação com o outro. Entretanto, como estes não eram verbalizados não conseguiu perceber esses elementos nas ações desenvolvidas nesta família, desde o início do alcoolismo. Considera que as práticas desenvolvidas por sua mãe e sua filha tinham como foco o alcoolismo e não a sua pessoa. Nessa perspectiva, considerava as práticas como desrespeitosas, punitivas e excludentes que aumentavam seus sentimentos de solidão.

O cuidador e o ser cuidado contribuem para a relação de cuidado, pois ela exige responsabilidade, compromisso e se desenvolve a partir do afeto, carinho e amor, existindo uma complementação entre os seres humanos envolvidos no cuidado. Quando se evidencia essa complementação, o cuidar se torna uma relação envolvente e significativa, sendo

representada pela “preocupação com”, correspondendo à solicitude e traduzindo, assim, o cuidado (WALDOW, 2008).

Considerando que o ser humano não vive sozinho e que a família é sua rede de suporte mais próxima (ELSEN, 2004), compreende-se porque, apesar dos longos anos de dependência, F1 não deixou de cuidar, como pode ser evidenciado em muitas passagens da história de vida desta família. Apesar do sofrimento ter mobilizado o desejo de que M1 morresse, ainda, assim, emerge concomitantemente o desejo de socorrer a filha e “salvá-la” da condição em que se encontrava. Constata-se nesta situação específica que F1 recorre aos cuidados profissionais (LEININGER, 1991) como forma de buscar apoio na sua rede social.

5.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DA FAMÍLIA II

A trajetória do alcoolismo de M2 iniciou aos vinte e oito anos de idade, após descobrir que aos dois anos tinha sido abandonada pela mãe biológica. A descoberta aconteceu no dia de seu casamento e, a partir daí, com frequência passou a embriagar-se. Somaram-se outras decepções marcantes, envolvendo infidelidade dos companheiros em seus dois casamentos, as quais contribuíram para a instalação progressiva do alcoolismo, como evidenciam suas falas, transcritas a seguir:

Minha mãe biológica teve um caso com este senhor que era meu pai. Ele não a viu mais e casou com esta que me criou. Depois minha mãe legítima, teve outros quatro filhos, meus irmãos, mas ficou praticamente viúva como ela dizia, e a minha irmã mais velha não queria que ela me criasse, porque era uma vergonha uma mulher sozinha ter outro filho (M2).

Transcorria tudo muito bem no meu casamento, até o dia que descobri que ele tinha uma companheira, foi então a minha segunda decepção, não que isso signifique muito, e seja motivo para uma pessoa beber, mas para mim foi (M2).

Meu segundo companheiro somente me fez penar, também tinha várias companheiras, descobri e me atirei mais na bebida. Enfim, minha terceira decepção, mas sei que isso não é motivo, e não teria por que, mas eu fui fraca, devia ter forças para enfrentar certas coisas (M2).

Embora os cuidados da mãe de criação fossem de zelo, apoio e afeto, o abandono da mãe biológica e o distanciamento de seus irmãos tiveram o significado de perda da família e descuidado em relação a ela. Assim, segundo seu ponto de vista, começou a trilhar o caminho da dependência, sem procurar outras formas para o enfrentamento da situação.

O primeiro casamento de M2 durou apenas quatro anos, pois ela bebia exageradamente, principalmente nos finais de semana. Nesse período, descobriu que o marido mantinha uma relação extraconjugal, e que esta não era o primeiro envolvimento afetivo do marido fora do casamento. Esta situação culminou para o rompimento do casamento.

Após a separação, M2 intensificou a ingestão de bebida alcoólica, o que repercutiu negativamente sobre a família, pois é mãe de duas meninas e responsável pelo sustento delas. Nesse período, sua mãe de criação juntamente com outros membros da família (sua avó e sua tia), assumiram a responsabilidade pelo sustento e educação das crianças. Segura de que as filhas estavam bem cuidadas, M2 passa boa parte do seu tempo bebendo em bares, frequentando danceterias, consumindo vários tipos de bebidas e perdendo cada vez mais o controle sobre sua vida.

Nessa ocasião, conheceu seu segundo marido. Logo foram morar juntos e desse relacionamento nasceram mais três filhos. Em poucos anos de convivência, deparou-se com outra separação, pois descobriu que esse companheiro também tinha outros relacionamentos extraconjugais. O período em que durou este casamento foi marcado por agressões físicas frequentes e, segundo M2, este foi mais um motivo para continuar a beber, uma vez que seria uma forma de superar as decepções amorosas.

Essa foi a segunda decepção para mim, então as coisas foram se acumulando e na bebida eu pensava que iria esquecer, mas só esquecia naquele momento, no outro dia eu estava bem e vinha tudo na mente novamente (M2).

Lembro aos sete ou oito anos, minha mãe grávida de oito meses, ela estava na cozinha, ouvi uma gritaria, meu padrasto estava brigando com ela, com o dedo no rosto dela, ameaçando batê-la, quando ia bater nela, eu corri e me meti na frente, ele me empurrou, bateu nela e ela desmaiou. Nisso, eu corri e abracei-a e comecei a gritar chamando pela minha avó. A avó veio conversou com ele, e minha tia avó e minha bisa-avó socorreram a minha mãe (F2).

As filhas de M2 tomaram consciência do alcoolismo da mãe através da avó. Uma delas, F2, a cuidadora, relata que os maiores sofrimentos experimentados nessa época eram as agressões físicas desferidas pelo padrasto contra a mãe. Segundo essa filha, a violência a qual a mãe era submetida era assistida também pelos irmãos menores e perdurou até a adolescência dos filhos de M2.

F2 culpa a mãe por ter nascido com raquitismo e ter tido problemas sérios de relacionamentos com outras crianças, especialmente na fase escolar, pois era tímida, não se sentia protegida e não podia contar com a presença da mãe, porque era alcoolista. Quem participava de sua vida escolar, assim como de seus irmãos, era a avó, que educava de forma muito rígida e preocupava-se com a formação moral e pessoal de cada um. Embora não

demonstrasse muito afeto, a avó não lhes deixava faltar roupas, alimentos e bons exemplos de honestidade e comportamento.

Eu fui criada pela minha avó, porque com a dependência da minha mãe, ela não conseguia ser uma mãe presente, estava sempre ausente, por momentos, vagas horas, vinha e dava-nos um carinho, perguntava o que nós precisávamos, o que queríamos, depois desaparecia. Ficamos sobre os cuidados da avó, da bisavó e tia avó, mas quem determinava a nossa vida era a avó (F2).

A ausência dela na escola causou-me muito sofrimento, precisava mentir para as outras crianças, dizendo que não tinha mãe, porque minha avó era quem nos levava, e quem estava presente nas reuniões. Assim, nas decisões da minha vida, nas várias fases da minha vida, no passar dos anos, quando precisei de uma pessoa ao meu lado, para me apoiar e orientar não tinha, eu tive que crescer sem pai e sem mãe (F2).

Fui saber deste meu problema de saúde aos dezesseis anos, porque antes disso nunca me foi passado nenhuma informação, neste período descobri a seriedade e do que se tratava. De todos os flechas que eu tive na infância do que presenciei só fui entender aos oito anos (F2).

Evidencia-se que a doença de M2 aos poucos a separava dos filhos, esse distanciamento agravava ainda mais os conflitos familiares, o fato de não poder contar com a presença da mãe, põe a avó como a cuidadora da família, dessa forma reafirma-se que no âmbito da família que possui uma mulher alcoolista, outra pessoa assume as responsabilidades com a prole, sendo geralmente as mulheres mais próximas, como tias e avós. É importante salientar, nessa família, a avó, além de participar ativamente da rotina diária familiar, também orientava as netas nos problemas que necessitavam de respostas mais imediatas ou ainda para situações mais íntimas, que na maioria das vezes, a presença e opinião da mãe é de extrema importância.

No decorrer da trajetória de alcoolismo de M2 os filhos cresciam, e começaram a perceber a dependência da mãe, era comum eles encontrarem garrafas de bebidas escondidas em vários cômodos da residência. Na maior parte das vezes, a forma de cuidar da mãe expressada pelas crianças era exterminar as garrafas de bebidas, a fim de evitar a embriagues de M2, e de certa forma sua ausência na família. Nos relatos que seguem se evidencia esta situação:

Comprava garrafas de cerveja e escondia pela casa, um dia minha menina, a mais nova viu, e pegou o pai pela mão e disse que eu havia escondido aquilo embaixo do tanque, ele despejou no lixo a cerveja, e ríspidamente me disse que se não fosse a menina eu ia encher a cara novamente, e naquele momento senti muita vergonha (M2).

Anos depois eles me viam embriagada e comentavam, porque eu não conseguia mais disfarçar, até tentava, mas eu mudava as minhas atitudes, minha fala ficava diferente. Um dia um dos meninos me perguntou porque eu fazia aquilo, porque eu bebia daquele jeito, senti que perdia a razão frente aos meus filhos, me senti lá

embaixo, e ele tinha razão, e nem mesmo eu sabia porque bebia daquela maneira (M2).

Ressalta-se ainda que a família passava por uma situação financeira muito difícil, mesmo trabalhando como diarista M2 não conseguia sustentar os filhos, pois dividia sua renda mensal entre as despesas da casa e a manutenção da dependência, todavia vislumbrava essas dificuldades, mas não abandonava o alcoolismo. Nesse período, o filho, de oito anos de idade, para ajudar a família arrumava canteiros de flores nas residências vizinhas e o dinheiro arrecadado entregava a mãe para a compra de pão e leite. Conforme M2 relata abaixo:

Lembrava que estava sozinha com eles, então comecei a trabalhar, fazia faxinas para poder me sustentar e sustentar os filhos, o meu menor fazia canteiros nas calçadas para me ajudar, me dava o dinheirinho que ganhava e dizia para comprar nosso pão e leite, desde oito anos o menino fazia isto, mas utilizava o dinheiro também para comprar bebida (M2).

Apesar de se manter afastada dos filhos, ser na maior parte do tempo uma mãe ausente que omitia carinho, amor e atenção à família, observam-se práticas de cuidados deles em relação à mãe alcoolista. A atitude da criança em ajudar a mãe no sustento do lar expressa ações de cuidados, com a mãe e também, aos demais irmãos, o que remete a família como um complexo de cuidado, seja na doença, neste estudo o alcoolismo, ou no enfrentamento das dificuldades diárias.

Anteriormente a essa época F2, menina com dez anos de idade, dividia as tarefas escolares com a organização do lar. Responsabilizava-se pela limpeza e arrumação da residência em que habitavam, enquanto sua mãe estava embriagada, logo F2, mesmo criança, ajudava a avó nos afazeres domésticos e cuidados com os irmãos menores. O relato que segue evidencia tal situação:

Eu tenho pouca lembrança da minha infância, me lembro do pouco tempo que eu brinquei com boneca, porque com dez ou onze anos, já era mocinha correndo, cuidando de irmão, tirando pó da casa, varrendo (F2).

De modo geral, a família precisou se reorganizar para atender suas necessidades de cuidados, primeiramente adequar-se a negligência da mãe alcoolista, além de adaptar-se na inversão de papéis promovidos pela dependência de M2. Especialmente F2, assumiu desde a infância os cuidados com a família. Essa familiar cuidadora esteve presente nos momentos mais turbulentos da convivência familiar, cuidou da mãe defendendo-a das agressões do padrasto, exterminou a bebida alcoólica dentro de casa e ajudou a avó na educação dos irmãos menores. De certa forma, superou e redimensionou os conflitos no seio familiar, investindo e praticando cuidados para a formação moral e pessoal da família, desde a infância até o encerramento desse estudo.

Em relação à mãe, apesar dos ressentimentos, F2 foi presença constante, ajudando e apoiando M2 durante toda a evolução de sua dependência do álcool. Frequentemente F2 era chamada pelos outros irmãos para a socorrer, nos momentos de embriagues, ocasião em que se evidenciava as práticas de cuidados que F2 dispensava à M2, conforme expressa o relato a seguir:

Eu a trazia para cá quando tinha essas crises, tentava fazer com que ela se acalmasse primeiramente, depois dava os cuidados necessários, como banho, café quente, e tentava acalmá-la, porque todas as vezes que eu a peguei estava agitada (F2).

Os cuidados de F2 com a mãe alcoolista incluíam atenção, controle e orientação quanto à abstinência, conforto e apoio para proporcionar a segurança que entendia necessária naquela situação. Na percepção de F2, a pessoa dependente de álcool sofre alterações importantes durante a embriagues, como agitação, instabilidade de humor, agressividade, necessitando, portanto, um ambiente tranquilo para sua recuperação. Cuidava, também, das necessidades básicas incluindo entre outras hidratação e alimentação, já que após ingestas excessivas de bebida alcoólica, eram intensos os prejuízos na capacidade de autocuidar-se.

Eu tento cuidar da auto-estima dela, incentivo a se cuidar, ser mais vaidosa, mais jovem, porque a pessoa que está nesse vício se atira um pouco, fica com os traços de uma pessoa muito sofrida, com mais idade, procuro dar carinho, expressando meus sentimentos, ajudando-a (F2).

A auto-estima é uma das áreas mais comprometidas na mulher alcoolista e um dos cuidados mais importantes que os familiares podem realizar para ela. Do ponto de vista dos comprometimentos físicos e clínicos, o alcoolismo causa envelhecimento precoce, desidratação celular, diminuição da libido, entre outros. As práticas que visam a recuperação destas “perdas” enfrentadas pela mulher alcoolista são, portanto, cuidados importantes para a recuperação da auto-estima.

Em vista a intensificação das intercorrências com a mãe, F2 resolveu convidá-la para morar junto com sua família, pois estava casada, tinha uma filha e o esposo concordava em dividir os cuidados com M2. Nesse período, M2 manteve a abstinência cerca de quatro meses, após teve uma recaída, o que provocou conflitos com o genro e a filha, culminando com o retorno de M2 à sua antiga moradia, junto dos outros filhos. Entretanto, nos momentos em que a mãe necessitava de cuidados F2 a atendida prontamente.

A situação de M2 preocupavam F2, pois a mãe manifestava importantes complicações físicas, sociais e emocionais da dependência, tais como hipertensão e inapetência; envolvia-se em conflitos, brigas e intrigas na rua; descuidava de sua auto-estima, irritava-se

frequentemente e permanecia longos períodos desanimada. Além disso, sofria de um emagrecimento constante, era encontrada na rua embriagada, dormindo nas calçadas e nela ainda se evidenciava a impotência para lutar contra o alcoolismo. Em virtude disso, pela segunda vez, M2 volta a residir com a filha, o que se constitui em uma nova tentativa de reaproximação entre a filha e a mãe alcoolista.

Observa-se que, apesar dos laços familiares comprometidos, renova-se a esperança de F2, ao investir, novamente, na abstinência da mãe. Por seu lado, M2 sentia necessidade de proteção, segurança e apoio para enfrentar o alcoolismo. Em virtude disso, as práticas de cuidados mostravam-se através de interações afetivas, como o amor, o carinho e atenção oferecidos pela filha. Eram essas interações familiares que auxiliavam M2 no enfrentamento da doença e, ao mesmo tempo, aumentava a responsabilidade de F2 nos cuidados com a mãe. A fala que segue afirma as práticas de cuidados:

Nunca a abandonei, porque eu a amo, nós não devemos desistir de uma pessoa. Eu nunca perdi a esperança, não perco e nunca vou perder. Eu vou batalhar sempre para tirá-la do alcoolismo, é claro que eu tenho esperança, pois é a segunda vez que ela está aqui e que nós batalhamos por ela. Passaram-se anos e anos e eu sempre enfrentando isso, porque além de amá-la, ela é um ser humano e eu acho que todo o ser humano merece uma segunda chance (F2).

Para F2 o cuidado vai além de atender as necessidades básicas de um ser humano, como alimentação, banho e boa aparência; o cuidado somente se realiza quando tem o sentido de doação, zelo, apoio, o que muitas vezes é expresso nas relações de afeto, carinho e amor. Isso foi evidenciado na família em questão, através do amor, da esperança e do afeto de F2 em relação à M2, pois a filha sensibilizada com a situação vivenciada pela mãe, procurou ignorar acontecimentos passados e construir uma relação calcada no afeto e compreensão.

Eu dava, como eu tenho feito até hoje, amor a ela, compreensão. E tento compreendê-la ao máximo que eu posso. Dou amor e procuro fazê-la entender que o que está fazendo é errado. Conversando com ela, tentando fazer com que saia daquilo ali, tentando fazê-la enxergar o erro (F2).

Observa-se que, ao longo da trajetória de M2 com o alcoolismo, a família a apoiava e mostrava-lhe as repercussões da dependência. Quando M2 iniciou no alcoolismo, de certa forma, tinha a proteção da mãe que a criou, das tias e da avó, que lhe cuidavam, mas, naquela época não importava os conselhos que recebia, especialmente, relacionados a educação dos filhos. Apesar disso, F2 assumiu os cuidados com M2 e nas práticas promotoras de saúde que desenvolve, revela a esperança na reabilitação da mãe.

A partir de seu retorno à residência da filha, M2 inicia a luta pela abstinência, cadastra-se no CAPS ad, tendo o estímulo constante de F2, que a acompanha nesta nova

investida. O relato seguinte mostra o início de uma nova trajetória de vida de M2, agora em abstinência.

Faz uns três meses mais ou menos que ela frequenta o CAPS, desde então não bebeu mais. Quando nós morávamos distante uma da outra quando davam essas crises fortes como beber demais, sair na rua, ter problemas maiores na sociedade, e a minha família se preocupava, espantava-se com a situação de vergonha, e acabavam me ligando quando a situação estava extrema. A vida toda foi assim, eu sempre que corri por ela, quando estava em casos extremos (F2).

Era um novo recomeçar na vida de M2, na qual a filha foi o apoio mais importante para a recuperação de M2 que perdurou até o encerramento desse estudo. Destacam-se, também, os cuidados prestados pelos trabalhadores do CAPS-ad que foram fundamentais para manter a abstinência, como revela a fala seguinte:

Eu me preocupo com a frequência e a estada no CAPS. Quando eu vou ao encontro familiar procuro saber se ela tem frequentado, se ela não tem falhado, procuro saber o que ela está fazendo lá dentro, o que é orientado a ela, procuro também me aconselhar com pessoas que convivem. Com isso, no dia a dia, procuro saber que tipo de atitude eu tenho que ter com ela dentro de casa, diante de certas circunstâncias, para evitar erros em casa também e não errar com ela (F2).

Além dos cuidados profissionais, M2 foi amparada pela rede social de cuidado, pois enquanto estava embriagada não conseguindo retornar ao lar, recebeu ajuda de pessoas próximas a sua família, que a orientaram e chamaram a filha cuidadora para resgatá-la da rua. Evidencia-se essa rede de cuidados também na família de seu genro (mãe e sobrinha do genro), que comovidas e preocupadas com a situação de dependência de M2, promovem momentos de reflexão acerca do alcoolismo, resgate de sua auto estima, lazer, carinho e atenção, que expressam cuidados importantes para a reabilitação da mulher dependente.

Nessa família, o envolvimento de F2 nos cuidados com M2 ficou evidenciado ao longo das entrevistas realizadas. A filha buscava orientações junto aos profissionais com os quais a mãe tinha contato para que as práticas de cuidados desenvolvidas, tanto no âmbito do CAPS como no domicílio, fossem compatíveis. Assim, buscava promover um cuidado que não prejudicasse o tratamento de M2.

5.2.1 A percepção de M2 acerca das práticas dos cuidados familiares

Ao longo da trajetória de alcoolismo de M2, evidencia-se que os cuidados desenvolvidos por sua mãe no início da doença se constituíam basicamente de orientações,

alertas quanto aos riscos que o seu comportamento poderiam acarretar sobre si mesmo e sua família. Chamava atenção da mãe, na época, a negligência da filha com a alimentação e a priorização das ingestas de bebidas alcoólicas, desde a primeira gravidez. Entretanto, mesmo reconhecendo as orientações M2 continuou bebendo durante as cinco gestações que desenvolveu. Observa-se através das falas que os cuidados praticados pela mãe visavam instrumentalizar a filha para uma melhor condição de vida, tanto no tempo presente e no futuro da família, como demonstra a fala seguinte:

Minha mãe adotiva cuidava de mim, conversava comigo, me orientava, me aconselhava e o mais importante, cuidava muito bem das minhas meninas. Dizia, também, que as coisas não poderiam continuar tomando o rumo que estavam, mas ela virava as costas, e eu continuava a beber. Não ouvia os conselhos que me dava, sempre fui muito teimosa, mas tive uma mãe muito presente e que sempre me orientou (M2).

Evidencia-se que M2 envolvida com o alcoolismo descuida dos filhos, a dependência se tornou mais importante que o cuidado da família, os motivos os quais levavam a mulher a beber estavam desde seu estado depressivo, decepções ao longo da vida, conflitos familiares desencadeados por uma relação afetiva permeada por traições do companheiro. Em virtude disso, a mãe de M2 assume o cuidado dos netos, investindo na educação formal e pessoal deles, é a avó quem sustenta, controla e quem de fato cuida das crianças. Evidencia-se que na família em que há uma mulher alcoolista, outros membros da prole se responsabilizam pelos cuidados dos membros familiares, assumindo também, os cuidados com o próprio dependente.

Observa-se que no relato de M2, “o mais importante eram os cuidados com as meninas”, os quais a avó desenvolvia, dessa forma M2 percebe as práticas de cuidados desenvolvidos pela família, mesmo que tais ações não estivessem diretamente direcionadas a ela, mas isso permitia diminuir seu sofrimento, pois poderia manter-se na embriaguez certa de que as filhas estavam sendo cuidadas, já que M2 não priorizava como deveria as meninas.

No decorrer desse estudo se evidenciou relatos, os quais remete as práticas de cuidados desenvolvidos pela família à mulher alcoolista, entretanto não foram percebidos por M2. O fato de F2 aos dez anos de idade trocar os brinquedos pelos afazeres domésticos, ajudar a avó a cuidar dos irmãos menores, além de não permitir que sua mãe fosse agredida pelo companheiro, são práticas de cuidados no seio familiar. A mulher alcoolista, dessa família, porém, percebe que nos momentos de dificuldades financeiras da família, o filho de oito anos enfrentou tal situação ajudando a mãe com o pouco dinheiro que ganhava plantando canteiros de flores na vizinhança, e às vezes também, sendo auxiliar de mecânica, tarefas

árduas para uma criança desenvolver, todavia essa era a forma de cuidar da mãe e dos irmãos, não os deixando passar fome. Outra forma de cuidar dos filhos, e percebida por M2, foram situações constrangedoras para a mãe alcoolista, as crianças encontravam pela residência garrafas de bebidas escondidas e as repassavam para o pai, ou elas mesmas as colocavam no lixo, mediante a isso os filhos ainda indagavam a mãe a respeito das necessidades que tinha de ingerir o álcool, momentos os quais M2 sentia-se envergonhada, e de certa forma decepcionada consigo mesmo.

Quando F2 aos quatorze anos foi trabalhar se tornou independente economicamente assumiu os cuidados com a mãe, principalmente aqueles relacionados a ajuda financeira a família. Dessa forma, F2 assumiu o papel de provedora da família suprindo necessidades de alimentação, vestuário e educação dos irmãos, também, nesse período a avó já estava com idade avançada, e F2 a auxiliava em algumas tarefas as quais a avó não podia mais desenvolver. Esses cuidados foram imediatamente percebidos por M2, que durante a entrevista, para esse estudo, ressaltou a importância de ser cuidada e amada pelos familiares, pois a partir do apoio da filha M2 busca a sobriedade, porque está esgotada dos contratempos do passado, quando utilizava o álcool e descuidava dos filhos.

Evidencia-se que M2 percebe e reconhece as práticas de cuidados dispensados pela filha, pois aprendeu ao longo de sua trajetória com o alcoolismo a valorizar o diálogo com as pessoas que a amam e a consideram como ser humano. Dessa forma, é a partir do diálogo entre quem cuida e quem é cuidado, que as relações afetivas se mantêm sólidas e, na maioria das vezes, o diálogo é a ligação mais eficaz na recuperação do ser humano doente, já que a família é a promotora de comportamentos saudáveis e a responsável pelo estado de bem-estar de seus membros.

Na percepção de M2, as práticas de cuidados desenvolvidas por F2, a encorajam para não desistir de seus objetivos, e a manter-se decidida na proposta de abstinência e de retomada de uma vida melhor, traçando novos objetivos na direção de sua felicidade e também de seus familiares.

Ainda bem que eu tive um anjo para me tirar disso, a minha filha, praticamente ela é minha mãe. Porque me orienta, me fala como devo proceder. Meu genro também me dá muita força, embora não tenha obrigação de me aguentar aqui, pois estou de hóspede na casa deles e eu não quero prejudicar ninguém (M2).

No relato citado, M2 mostra que se sente protegida e reconhece que sua família é responsável e zela pela sua saúde, razão pela qual sua preocupação é não criar atritos no âmbito familiar que a acolhe e não causar decepções, principalmente à filha. Outro fato a considerar é o estímulo e o encorajamento que recebe da família para que consiga alcançar a

abstinência e mantê-la, o que é realizado de forma carinhosa, valorizando e reforçando o vínculo entre eles.

Aqui eu tenho um lar que nunca tive, nunca me senti tendo um lar, só quando eu era criança, porque hoje me sinto uma criança, cuidada por eles, zelam pela minha saúde, meu comportamento. Eu tenho tudo aqui, estou vivendo o lado bom da vida, tenho amor e carinho e vou continuar tendo (M2).

A partir do relato de M2 evidencia-se sua percepção em dois momentos de cuidados, os que se referem a infância com a mãe adotiva zelando pela sua vida, observando seu comportamento e a orientando para uma formação digna. Outro momento está nas práticas de cuidados desenvolvidos por sua filha, que igualmente a avó a proporcionou um lar, afeto e carinho. Entretanto, convém lembrar que a família de M2, durante sua trajetória no alcoolismo, a cuidava, porém ela não percebia, porque preferiu manter a dependência a atender a preocupação dos filhos e da mãe quando tentaram resgatá-la do alcoolismo.

Eles me cuidam até demais, zelam por mim, estão sempre conversando comigo, incentivando-me a continuar como eu estou agora, me fortalecendo para depois fortalecer o meu filho que está precisando de mim (M2).

É importante salientar que a mulher alcoolista, dessa família, passou trinta e dois anos utilizando álcool, período em que permeavam os desajustes familiares; os conflitos; as agressões físicas; a negligência de amor, carinho e cuidados de M2 em relação aos filhos, entretanto a família se manteve cuidando e apoiando M2, o que remete a família como cuidadora e mantenedora de ações de cuidados para o ser humano viver saudável. Todavia, somente após estes anos se passarem que M2 percebe os cuidados familiares, valoriza a convivência familiar, e vislumbra em F2 a provedora de cuidados que a apóia para sua manutenção da abstinência.

Além dos cuidados familiares, evidenciaram-se os cuidados profissionais, desenvolvidos no CAPS ad, essa instituição promoveu cuidados a mulher alcoolista, e os estendeu a família de M2, apoiando com subsídios para o enfrentamento da dependência. No CAPS ad, as usuárias de álcool e de outras drogas realizam trabalhos manuais como terapia para ocupar o tempo; dessa forma elas se sentem úteis e capazes de recomeçar hábitos de vida saudáveis.

Salienta-se ainda que M2 recebeu os cuidados da rede social de sua convivência, desenvolvidos por seres humanos que ainda se preocupam com a existência dos outros, esses indivíduos tiveram o importante papel de orientar a mulher alcoolista, a buscar novas perspectivas de vida, pois a orientam para o resgate de sua auto-estima, conforme os relatos seguintes:

Hoje recebo orientações do meu genro, da sogra da minha filha que também é muito boa para mim, a sobrinha dela está sempre conversando coisas boas, coisas úteis, hoje estou seguindo os conselhos das pessoas que me amam e não recair no primeiro gole, como diz lá no AA (M2).

A última vez que me embriaguei não sabia como voltar para casa, e na rua uma senhora me reconheceu, ligou para minha filha e disse que eu estava perdida, em pouco tempo depois apareceram para me buscar minha filha e meu genro, mas a senhora que me ajudou, ainda não sei quem é (M2).

Para M2, no período de abstinência, é importante os conselhos e diálogos entre os familiares, pois as palavras de incentivo promovem a conscientização das repercussões do alcoolismo na trajetória de vida do ser humano. Ao mesmo tempo, o cuidado também é praticado quando a família instrumentaliza o dependente com ações confortantes, pois o usuário se sente inserido no contexto familiar e percebe o seu valor como ser humano e a importância dele nesse sistema.

Eu não vou fraquejar, a hora que eu sentir fraqueza vou me agarrar na minha filha, pedir socorro, para mim já chega não quero continuar, eu estou muito velha para isso e é vergonhoso para mim. Tenho que dar exemplo para os meus filhos, não quero nunca mais voltar a beber e vou conseguir se Deus quiser, vou morrer sóbria, com dignidade, é o que vale na vida de uma mulher a dignidade, acima de tudo (M2).

Durante todo o tempo em que este estudo foi desenvolvido a preocupação de M2 era manter sua abstinência, resgatar a confiança da família e valorizar as práticas de cuidados desenvolvidas por F2. Reconhece que a sociedade, em geral, trata a mulher alcoolista com preconceitos. E busca reaver a dignidade no resgate do cuidado dos filhos, no ser maternal, enfim na assunção dos papéis que a sociedade delegou às mulheres, e que, de certa forma M2 proporcionou a sua mãe durante a trajetória que conviveu com o alcoolismo.

5.2.2 Discussão

Nesta família os cuidados com a mulher alcoolista iniciaram desde sua primeira gravidez, e se intensificaram após o nascimento dos filhos. A mãe de M2 a orientava quanto à gravidez e a ingestão alcoólica, insistia em ressaltar sobre os prejuízos que o alcoolismo pudesse trazer no período gestacional, como deficiências físicas e psíquicas para o recém nascido.

Mesmo com o nascimento dos filhos o alcoolismo de M2 evoluía gradativamente, e os conflitos familiares tomavam as mesmas proporções. Dessa forma, M2 acabou separando-se de seu marido, já que ele não admitia sua mulher bebendo e protelando os cuidados do lar e das filhas. A propósito disso, conforme descreve Edwards (1999), em geral o marido pode mais facilmente ver a separação como uma opção e, às vezes, leva com ele os filhos; porém, na família em questão, as filhas ficaram sob os cuidados da mãe, entretanto, quem as cuidava era avó e duas tias que residiam próximas de M2.

Já no segundo casamento, M2, além de enfrentar a negativa do companheiro em relação a sua dependência, também sofria agressões físicas e instalava-se a violência intrafamiliar, muitas vezes assistida pelos filhos pequenos. Segundo Edwards (1999), são muito comuns em tais situações as agressões por parte do esposo; na maioria das vezes, são caracterizadas por palavras pejorativas com a intenção de ofender a integridade moral do ser humano dependente. Principalmente quando se trata da mãe dependente, pois o companheiro, além de não aceitar a dependência, ainda julga a mulher por não praticar os cuidados em relação à família.

Evidencia-se que o ser humano dependente é provocador de conflitos familiares significativos, fazendo outros membros da família se submeterem a situações, muitas vezes, alheias à sua vontade. Além disso, os maiores prejudicados com as agressões intrafamiliares são os filhos, principalmente, se ainda são pequenos, porque ficam amedrontados, temendo as agressões físicas, emocionais e morais tanto do familiar dependente, quanto do cônjuge (FILIZOLA et al., 2006).

Em virtude dessas desarmonias familiares, a mãe de M2 investia em lhe dar conselhos e tentava afastá-la do alcoolismo, visto que a dependência a afastava dos filhos e da família, além de acometer graves prejuízos a sua saúde. Observa-se nas atitudes da mãe de M2 que a família é a rede de suporte mais próxima e possui como prática comum o cuidado familiar, evidenciando, que o ser humano não vive sozinho, pois a família desenvolve práticas de cuidados no sentido de promoção, prevenção e no tratamento da doença de um de seus membros (ELSEN, 2004).

Por outro lado, a mãe da mulher alcoolista demonstrava preconceito pela dependência da filha, não admitia a dependência alcoólica diante de outras pessoas, pois entendia que o alcoolismo era exclusivo do homem, e que a mulher ao embriagar-se se tornava alvo de críticas sociais, incluindo adjetivos como “promiscua”. Evidencia-se que a visão da sociedade, e também, da família, frente ao alcoolismo feminino é bastante agressiva, ela é estigmatizada, é considerada mais imoral e com comportamento inadequado, e por essa razão

acaba não procurando o tratamento na mesma proporção que o homem (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005).

As práticas de cuidados desenvolvidos pela mãe de M2 estavam moldados a partir dos valores, crenças e modos de vida aprendidos pela família, com a intenção de auxiliar M2 a manter uma melhor condição de vida, ou a lidar com a doença. Instituído o cuidado como uma necessidade humana para o desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos, mesmo em situação de alcoolismo (LEININGER, 1991).

Entretanto, M2, nesse período não percebia os cuidados desenvolvidos por sua mãe, acreditava que as considerações a respeito de sua dependência estavam estagnadas no preconceito pessoal da mãe em não admitir o alcoolismo. Visto isso, não se importava com os conselhos oferecidos como forma de prevenção às repercussões negativas do alcoolismo. Observa-se que com a recusa de M2 em não aceitar as orientações da mãe, a relação de cuidado entre elas perdeu seu significado de complementação, pois a “preocupação” da cuidadora não teve reciprocidade por parte da mulher alcoolista, e o cuidar perdeu seu sentido de compromisso e responsabilidade (LEININGER, 1991; WALDOW, 2008). Dessa forma, M2 não percebeu os cuidados da mãe, pois o cuidar não se tornou uma relação envolvente e significativa entre mãe e filha (WALDOW, 2008).

A trajetória de dependência de M2 persistia, e os cuidados praticados pela mãe foram somados aos dos filhos, que conforme cresciam, a ajudavam no sustento do lar. Inicialmente, aos dez anos de idade, F2, assume juntamente com sua avó o cuidado dos irmãos pequenos, troca as brincadeiras de criança e suas bonecas para desempenhar as tarefas do lar. Nesse período, M2 praticamente não dava atenção, carinho e amor aos filhos, e também, não desenvolvia cuidados as crianças, pois na maior parte de seu tempo estava embriagada, sem condições de cuidar de si mesma.

Constata-se que a família foi cuidada exclusivamente pela mãe de M2, enquanto a mãe alcoolista negligenciava os cuidados, a avó educou, cuidou e formou parte da personalidade das crianças. Evidencia-se, dessa forma, que uma família que convive com um alcoolista, não raramente outra pessoa do contexto familiar assume os cuidados da família (EDWARDS, 1999).

Verifica-se, nessa família, uma mobilização dos filhos para desenvolverem cuidados à mãe alcoolista, pois, também, o filho caçula de M2, um menino de oito anos, a ajudava com o pouco dinheiro que recebia fazendo jardins na vizinhança e sendo auxiliar de mecânica. Entretanto, é F2, uma das filhas do primeiro casamento, que aos quatorze anos, assume a família como sua provedora, atendendo as necessidades alimentares, financeiras e os cuidados

com a saúde dos membros familiares, inclusive a dependência de sua mãe. No relato que segue evidencia-se essa situação:

Quando eu fiz quatorze anos eu decidi trabalhar para ajudar na renda porque eles passavam fome, eu ajudava, não era com muito, mas eu ajudava e até hoje os meus irmãos quando tem problemas eles têm problemas sempre me procuram (F2).

As práticas de cuidados desenvolvidas por F2 remetem ao ser humano como principal potencializador do cuidado, pois a filha cuidadora foi capaz de se preocupar com as necessidades da mãe alcoolista e dos irmãos ainda pequenos, ajudando no sustento do lar, e também, na orientação para uma melhor condição de vida (LEININGER, 1991).

A percepção desses cuidados por M2 foi imediata, e se conservou durante a vida dessa mulher, vislumbrando que o cuidar é caracterizado quando alguns comportamentos são explicitados, entre eles, respeito, consideração, gentileza, atenção, solidariedade, interesse e compaixão. Esses comportamentos tornaram o cuidado um processo interativo entre a mãe alcoolista e a filha cuidadora, explicitando as singularidades das partes envolvidas no processo de cuidar (WALDOW, 2008).

Eu dava, como eu tenho feito até hoje, amor a ela, compreensão, eu tento compreender ela ao máximo que eu posso, e dou amor e procuro fazer ela entender, que aquilo ali que ela esta fazendo é errado. Conversando com ela, tentando fazer com que saia daquilo ali, tentando fazer ela enxergar que aquilo ali que ela ta fazendo é errado (F2).

Hoje tenho muita força de vontade, porque resolvi mudar. Com a ajuda da minha filha sempre me aconselhando, cuidando para que eu não tropece novamente, sempre me alertando. Aqui me dão carinho, estão sempre conversando comigo, me tratando muito bem (M2).

De acordo com Resta (2004), esse tipo de cuidado poderia ser caracterizado como “cuidado dedicado”, pois F2 apresentava características de uma pessoa que fazia mais do que cuidar: cuidava com amor, carinho e comprometimento (WALDOW, 2008). O cuidado dedicado é praticado por pessoas que não se queixam de prestar assistência durante o seu fazer diário e, geralmente, essas pessoas, como F2, estão sempre dispostas a estimular o doente para superar a crise (RESTA, 2004).

Observa-se que o cuidado desenvolvido nessa família está na compreensão, motivação, encorajamento, incentivo e nas expressões afetuosas que estimulam a mulher alcoolista a prosseguir na abstinência, essas ações a faz perceber tais cuidados resultando no estreitamento dos vínculos familiares. Dessa forma, evidencia-se que o estímulo familiar para M2, é de fundamental importância, já que no alcoolismo, o prognóstico é reservado quando os familiares não se engajam conjuntamente com o indivíduo, nesse estudo a mulher alcoolista, na proposta terapêutica (NASI et al., 2007; SILVA, 2002).

Apesar disso, a cuidadora enfrentou situações adversas nesse processo de cuidar, teve momentos que o cuidado esteve orientado nas necessidades básicas de banho e alimentação, porque o diálogo não era efetivo, visto a embriagues de M2. Entretanto, num outro momento, havia um envolvimento nas relações afetivas e F2 conseguia interagir harmoniosamente com a mãe e conversar com ela a respeito das repercussões negativas do alcoolismo em sua vida e no cotidiano da família. Dessa forma, se observa que o ser humano, nessa família F2, atendeu o conceito de “Homem” como cuidador universal, pois cuidou de várias maneiras e de acordo com as necessidades e situações que emergiam (LEININGER, 1991).

Evidencia-se nessa família que o cuidado familiar realmente é um complexo que não se fragmenta, sendo reconhecido por atributos expressos na presença, na proteção, na inclusão e na orientação para a vida. A presença da filha com ações e interações de cuidados garantiu a proteção de sua mãe com medidas de segurança física, emocional e social, demonstrando que o alcoolismo feminino, como o masculino, é um problema social grave, porém é na família do dependente que se inicia o respeito à individualidade e a aceitação das diferenças. Além disso, o cuidado familiar orientou M2 para a vida, na medida em que lhe apontou o que é correto, aceitável, esperado e desejado para si mesmo e para sua família, proporcionando-lhe sua reinclusão social (ELSEN, 2004).

Os cuidados desenvolvidos por F2 tornaram-se essenciais para o desenvolvimento, manutenção da saúde e sobrevivência de M2, pois as preocupações da filha com as necessidades básicas de cuidados à mãe proporcionavam a restituição da auto-estima e estabelecia a interação afetiva entre elas. Dessa forma, o banho, a alimentação, são cuidados que evidenciam a preocupação com a singularidade do ser humano dependente do álcool, mas que ao mesmo tempo somente são praticados no cotidiano da família que se preocupa com o bem estar de seus membros (LEININGER, 1991; ELSSEN, 2004; WALDOW, 2008).

O reconhecimento das práticas de cuidados familiares por M2, a leva a refletir e caracterizar o cuidado da filha como maternal, pois as ações praticadas e desempenhadas são acompanhadas de um comportamento emocional, evidenciado a relação afetiva entre mãe e filha, dessa forma M2 reconhece a filha muito mais como alguém que cuida, porque despende amor, carinho, atenção e zelo, remetendo ao cuidado maternal e abstrato (LEININGER, 1991; WALDOW, 2008).

A percepção dessas práticas por M2 resulta na reestruturação dos sentimentos ambivalentes experimentados no seio familiar que possui um alcoolista, identificando que a pessoa dependente do álcool tem vínculos familiares à espera de uma reabilitação, e que ainda esses sentimentos são fortes, mesmo que os contatos tenham sido perdidos (GEHRKE, 2001).

Observa-se que a reconstituição dos laços afetivos é comum tanto no homem como na mulher, pois para ambos o alcoolismo é um agravante para os conflitos familiares. No entanto, o estigmatismo do alcoolismo na mulher tem maiores repercussões sociais, pois atingem diretamente aos papéis vinculados a mulher como cuidadora da família, visto que a sociedade ainda condena os abusos femininos de modo geral, incluindo a dependência feminina (NÓBREGA, 2005).

Tanto para a mulher quanto para o homem, o alcoolismo é vergonhoso, o vício é o mesmo. Na família que possui um homem ou uma mulher alcoolista a dor é a mesma, ele causa humilhação, para a pessoa que bebe, e, também para os familiares que amam, que estão ao redor, então para mim o efeito é o mesmo tanto para um quanto para o outro (F2).

Nessa família, a rede de apoio social foi de fundamental importância para a manutenção da abstinência de M2, pois no CAPS-ad, M2 foi acompanhada diariamente por seres humanos instrumentalizados para tratar a dependência química, com experiência e cientificidade os trabalhadores da saúde, difundiram seus cuidados profissionais, para promover o bem estar saudável da mulher alcoolista e de seus familiares. Nessa instituição M2 obteve orientação quanto às repercussões do alcoolismo, além da promoção de atividades que ocuparam diariamente sua vida.

Assim, com o investimento de F2 nos cuidados com a mãe, esta passou a vislumbrar um futuro promissor na abstinência. Ciente dos comprometimentos que teve durante o período em que se mantinha no álcool, M2 retoma a sobriedade, a partir do reconhecimento dos cuidados desenvolvidos por sua família, e percebe a importância da mesma no tratamento e cuidado com a pessoa dependente.

5.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DA FAMÍLIA III

A trajetória de M3 com alcoolismo iniciou aos doze anos de idade, sendo que as primeiras experiências com o álcool foram estimuladas na família de origem, através da mãe, que também bebia. Na adolescência continuava bebendo regularmente em festas e reuniões com os amigos e ao atingir a idade adulta o alcoolismo já estava instalado.

Contribuiu para a evolução do alcoolismo, o fato de ter se casado com um homem que também bebia, sendo que ambos se embriagavam frequentemente. Entretanto, foi somente

após a morte do marido por acometimentos hepáticos, que se conscientizou de sua dependência, pois o uso do álcool passara dos finais de semana para uma prática diária.

Quando saía a noite com as amigas tomávamos um pouquinho, depois eu me casei, eu não bebia demais, mas meu marido bebia, comecei também. Eu via na geladeira e tomava e assim eram todos os dias.

A minha dependência começou por causa dele [primeiro marido]. Ele bebia e eu bebia também, ficávamos os dois bêbados em casa. Depois que perdi ele parei um pouco de beber, mas sempre bebi, com frequência, quase todos os fins de semanas, depois de um tempo foi piorando, foi então que eu vi que não estava conseguindo sozinha. Então eu pensei que algo estranho estava acontecendo comigo e que não poderia continuar assim (M3).

M3 era mãe de dois filhos pequenos, um menino e uma menina, que não eram cuidados quando ela estava embriagada, o que acontecia regularmente. Concomitante, já vinha tendo problemas no trabalho, porque eram frequentes as faltas devido as embriaguês. Além disso, as repercussões negativas do alcoolismo na saúde física eram-lhes familiares, pois enquanto estava casada acompanhou o marido em várias internações hospitalares para a desintoxicação alcoólica.

Conhecia, também, as consequências emocionais e sociais da dependência, porque o comportamento do marido apresentava riscos à sociedade e à sua integridade, pois durante os períodos de embriagues se envolvia em discussões e conflitos com outras pessoas. Mesmo ciente desses problemas, M3 também já se envolveu em muitos atritos sendo que o mais recente lhe ocasionou uma prisão, pois perturbava a ordem na rua e desacatou a autoridade de um policial.

Eu bebo principalmente quando fico triste, magoada com algumas situações ou algumas coisas, então eu bebo. Também, quando preciso relaxar, porque estou zangada com alguma situação, sei que não poderia beber, mas bebo porque assim posso esquecer um pouco dos acontecimentos (M3).

O relato de M3 evidencia as justificativas que utiliza para explicar o uso do álcool como um “recurso” para o enfrentamento de situações que exigem maiores dificuldades, entre elas, a própria relação afetiva com os filhos, as intrigas conjugais, as dificuldades econômicas pelas quais passam a família e também, quando está abalada emocionalmente. Além disso, ressalta-se o uso do álcool pela mulher em momentos de depressão, o que às vezes, torna mais difícil o diagnóstico do alcoolismo feminino, porque ele emerge como consequência secundária de sintomas depressivos.

Nesta família, se observa o temperamento hostil de M3, e por este motivo acaba utilizando a bebida, muitas vezes, para enfrentar as divergências na relação afetiva, permeada pela insegurança de M3 frente ao companheiro, sendo este sentimento que promove os

conflitos do casal. Por outro lado, evidencia-se que as justificativas de M3, sejam apropriadas para os eventos afetivos que a levam a beber, os quais são comuns em pessoas alcoolistas.

Isto é evidenciado, pois no momento em que a dependência estava instalada M3 sentiu a necessidade de procurar ajuda profissional, mesmo que isso a colocasse numa situação constrangedora, já que o alcoolismo na mulher, ainda é visto de forma preconceituosa. Em geral, é a família que convive com um de seus membros alcoolista quem busca os serviços de saúde, pelos conflitos familiares decorrentes da dependência. No entanto, nesta família, partiu de M3 a decisão de buscar o tratamento, já que os filhos pareciam não perceberem sua condição de doente, dependente do álcool.

O alcoolismo de M3 a fez perder o respeito dos filhos, na medida em que as relações no ambiente familiar tornavam-se ainda mais desarmônicas, pois alcoolizada M3 dificultava o entendimento familiar. Entretanto, além do alcoolismo, outro agravante para aumentar os conflitos familiares foi o investimento de M3 em um novo relacionamento afetivo. O companheiro passou a residir com ela e os filhos adolescentes. Estes desaprovavam a união, pois o padrasto passou a controlar a rotina do lar. O filho de quinze anos era usuário de drogas e a filha, de dezesseis anos, iniciava sua trajetória no alcoolismo. Embora o padrasto (F3) tentasse uma maior aproximação os adolescentes o ignoravam.

Logo que fomos morar juntos os problemas de convivência começaram, principalmente, os familiares. Os filhos dela não se acertavam comigo, e acho que isso começou a perturbar a cabeça dela. A partir disso, ela começou a beber mais ainda (F3).

A trajetória de desacertos de F3 com os filhos da companheira perdurou pelo menos, dez anos quando eles atingiram a idade adulta e foram residir em outra cidade para trabalhar. Com a partida dos filhos, o sentimento de impotência se agravou e M3 aumentou o uso de bebida alcoólica.

Ultimamente por causa do meu filho, que usa cigarrinhos de maconha, nós brigávamos muito, e eu ficava muito impotente, me perguntava o que iria fazer para ajudar se ele já é um homem, e não conseguindo dar apoio ficava frustrada. A partir disso, comecei a beber mais ainda, às vezes brigas com minha família, com meus filhos, isso me levava a usar mais a bebida (M3).

A relação dela com os filhos piorava a cada dia, porque ela dava motivos para eles acusarem-na, dizendo que era uma bêbada, que colocava o dinheiro todo fora nos bingos e não comprava nada para eles. Assim se tornava uma situação muito complicada (F3).

Durante os dez anos de convivência, discussões e desacordos foram rotina na vida do casal. M3 sentia ciúmes de F3 e apesar de já estar frequentando o CAPS ad, seguidamente

utilizava o álcool, sendo as desavenças cotidianas com o companheiro os motivos alegados para as recaídas.

Ela quando bebe ninguém segura, não tem como segurar, não vou algemá-la dentro de casa, não vou prendê-la. Nós já tivemos muitos atritos, até na rua. Já aconteceram situações que nem eram para terem acontecidos, até no meu próprio serviço, nós brigávamos no meio da rua, até agressão já aconteceu, sendo que ela me bateu, porque quando bebe ela se torna muito agressiva (F3).

Apesar dos conflitos que envolviam a relação com o companheiro, para F3 a convivência é, também, permeada de companheirismo e amor, sendo o que lhes mantém ainda unidos. Embora as situações constrangedoras sejam frequentes, o companheiro a cuidava e reconhecia que ela necessitava de apoio para enfrentar a doença.

Ela conversava comigo e eu voltava. Isso aconteceu muitas vezes, os meus amigos falam que sou o bate volta, isso virou rotina, uma coisa costumeira e sem vergonha. Eles dizem para mim que perdi a moral e a vergonha. Eu acho que perdi, porque tem muitos colegas que dizem que estou lutando em vão. Mas eu não acredito, eu acredito que ainda tem alguma coisa boa, acredito que esta terra ainda tem um adubo, eu sempre digo para ela que acredito ainda que tem como refazer esta planta, porque se não existisse amor entre nós não estávamos mais juntos (F3).

Nesta família, o cuidador reconhece as limitações de M3 frente ao álcool, visto a frequência das recaídas da companheira, assim como o isolamento social do casal e a desunião entre eles. Apesar dos desajustes, F3 desenvolve práticas de cuidados na forma de apoio, ajuda e zelo para com a companheira. O fato de se preocupar e estar disponível para enfrentar os problemas de M3, caracteriza um ato de cuidado, conforme se observa na fala que segue.

Ela embriagada não lembra nada, digo para ficar em casa, tentei várias vezes segurar ela para não ir para a rua, mas me empurra, fala besteiras para mim e tenta me espancar. Fico muito preocupado porque ela pode sair na rua e um carro atropelá-la ou acontecer algum acidente. E se ela for presa novamente? Direi o que para os filhos dela, eles certamente irão me julgar, ou vão dizer que isto aconteceu por minha causa? Tenho até remorso se acontecer alguma coisa com ela e eu não puder fazer nada (F3).

Nessa família, a responsabilidade de cuidar da companheira traz preocupações constantes a F3, pois o álcool provoca descontrole no comportamento de M3, e não respondendo por si mesma enfrenta situações constrangedoras e perigosas. Para exemplificar cita-se o envolvimento com a polícia, que lhe ocasionou uma prisão por desacato à autoridade policial, além dos riscos à sua integridade física quando embriagada, pois poderá sofrer, por exemplo, atropelamento ou algo semelhante, e com grande probabilidade, a responsabilidade recairá sobre ele.

O comportamento de M3 quando alcoolizada é um entrave para as práticas de cuidados de F3, pois ela se torna agressiva e dificulta a comunicação entre ambos. Observa-se

que nem mesmo os cuidados básicos, como banho e alimentação o companheiro consegue desenvolver. Este tipo de cuidado somente é praticado após reduzirem os efeitos do álcool no corpo.

Procuro estar sempre que posso ao lado dela, faço um chimarrão, dou a ela carinho, converso, trocamos idéias, pergunto como ela está, procuro dar conselhos, tento levá-la para o lado do bem, não deixando ela desfalecer para o mal, e neste problema dela eu procuro aconselhá-la sempre, tudo que seja de bom para ela, sempre protegi ela da bebida ou outras drogas (F3).

O diálogo é, sem dúvida, uma das formas mais eficazes para conscientizar a pessoa dependente de sua real situação, entretanto ele deve ser desenvolvido somente quando o bebedor estiver sóbrio, já que na embriagues sua atenção é inibida pelos efeitos da bebida, além disso, a consciência está alterada, o juízo comprometido e as demais funções psíquicas. Nestas ocasiões é importante ressaltar os prejuízos e a série de complicações sociais e familiares em que se envolvem, e as repercussões dessas na sua vida diária, como o afastamento da família, dos amigos, e principalmente, a regressão do tratamento quando estão inseridos em instituições de reabilitação, por exemplo, no CAPS ad. Da mesma forma, é importante destacar que mesmo em meio às dificuldades de convivência observam-se elementos positivos como a esperança e o incentivo evidenciados nas palavras de F3.

Hoje nós vivemos mais tranquilos, nosso único problema é o álcool, ele habita com ela, eu não tenho mais vício de álcool, eu não uso mais droga, e procuro ajudá-la, incentivá-la da melhor forma possível para abandonar este vício (F3).

As práticas de cuidados são desenvolvidas por F3, apesar da manutenção na ingestão de álcool por M3, ela percebe os cuidados desenvolvidos pelo companheiro, mesmo quando embriagada e mostrando comportamento agressivo e hostil, o que dificulta não apenas as práticas de cuidado, mas, também, a união do casal.

5.3.1 A percepção de M3 acerca dos cuidados realizados pelo companheiro

O relacionamento entre M3 e F3 é permeado de desconfiança e ciúmes há dez anos. M3 se reconhece insegura, teimosa, mas capaz de aceitar a ajuda do companheiro, quando está sóbria, embora a embriagues seja frequente.

O que ele faz para cuidar de mim? Tomamos chimarrão, conversamos, mas na maior parte do dia ele está dormindo, porque trabalha a noite, quando dá sentamos

para assistir televisão, na maioria das vezes nós ficamos em casa, porque ele não gosta de sair (M3).

Os cuidados de F3 para com a esposa estão ligados ao afastamento dela da bebida, controlando e supervisionando para que M3 não embriague-se no dia a dia, e para isso mantêm uma rotina diária de permanecerem mais tempo no domicílio, uma vez que F3 não gosta de uma vida muito social, pois prefere manter-se no anonimato a experimentar a embriagues de M3 num ambiente externo a residência. Evidencia-se que F3 utiliza-se desta conduta para evitar possíveis constrangimentos provocados pela familiar alcoolista.

Ele agora tem mais paciência comigo, porque sabe que sou emburrada, falo alto demais, porque antes eu sempre tinha que ceder, mas agora sabe que também precisa ceder, não é eu baixar a cabeça, quando eu falar com ele tem que me ouvir também (M3).

M3 percebe os cuidados desenvolvidos pelo companheiro, os quais são evidenciados através do relato abaixo, em que F3 se apresenta, segundo a mulher, com a postura de escutar os sentimentos, aflições e temores. No momento em que F3 mantém essa relação de escuta, a assistência pode ser praticada com mais eficácia, pois as relações interpessoais entre o ser que cuida e o ser cuidado ficam mais efetivas e as interações se tornam singulares, o que possibilita a ação para uma melhor condição de vida. Observa-se que F3 desenvolveu a capacidade de ter paciência, dessa forma conseguiu identificar as necessidades de cuidado de M3 e, a partir disso, apóia, zela e conforta a companheira.

Ele está sempre me falando coisas boas, me abraçando, me dando beijinhos, carinho e proteção, isso é muito bom, mas não pode me tirar fora do sério, porque ultimamente eu ando me irritando com muita facilidade, talvez porque faz seis semanas que parei de tomar meus remédios em função da cirurgia, e segundo a doutora agora vai até vinte dias para fazer o efeito novamente (M3).

Evidencia-se que o cuidado é uma prática inter-relacional entre os seres humanos, e quando desenvolvido com envolvimento afetivo estabelece maior interação entre os sujeitos do cuidado, refinando as relações interpessoais, promovendo segurança, e principalmente, melhor condição de vida para o ser doente, em especial, a dependente de álcool, pois para a mulher é mais difícil o enfrentamento da doença, em virtude de preconceitos sociais e de seus próprios tabus em relação à dependência.

Há três anos que estou frequentando o CAPS e já fiquei um ano e três meses sem colocar uma gota de álcool na boca. Agora que tenho recaído mais frequente, mas isso vai mudar, eu tenho força de vontade e eu não quero mais isso para mim (M3).

Embora as recaídas sejam constantes, observa-se através dos relatos que M3 está otimista no que se refere ao enfrentamento do alcoolismo. Está ciente de seus limites e se reconhece como uma pessoa que precisa de ajuda, desde que está frequentando o CAPS ad.

Entretanto, mesmo que não mantenha a abstinência, o ser humano dependente, necessita de ajuda e, principalmente, de ser cuidado, apesar de todas as repercussões negativas do alcoolismo, a família tem este importante papel, ser a cuidadora de seus membros independente da situação enfrentada por um de seus membros.

Nesta família, os cuidados a M3 foram desenvolvidos pelo companheiro, mostrando que em situação de doença na família, nesse estudo o alcoolismo, o homem também é um potencializador de cuidados, e desempenha esses papéis a fim de restabelecer a saúde proporcionando uma melhor qualidade de vida ao membro familiar doente. Apesar de M3 referir muitas queixas em relação ao companheiro, ela reconhece as práticas de cuidados desenvolvidas por ele. Práticas essas comprometidas com a busca da sobriedade da esposa e recuperação dos laços afetivos, como se evidencia nos depoimentos seguintes:

Meu companheiro está sempre me dizendo coisas boas, tem muito carinho comigo, me abraça, me dá beijos, me protege muito, e isso é muito bom (M3).

Eu procuro afastá-la do álcool, estou sempre aconselhando-a, procuramos evitar visitas na casa das irmãs dela, porque lá todos bebem, e se ela sentir vontade de beber também sei que será a garrafa inteira, pois ela não consegue se controlar quando começa a beber, não sabe e não pode ingerir o primeiro gole (F3).

A família é o suporte quando um de seus membros está em situação de doença. Quando, F3, investe na recuperação de M3 estabelece vínculos mais estreitos de cuidado, fazendo com que a mulher tenha chances de reconstruir sua auto-estima. Entretanto, quando a família não acompanha o tratamento, ou faz críticas severas ao uso de álcool, a mulher se sente impotente e frequentemente, desiste do tratamento. Evidencia-se nessa família que, a mulher alcoolista foi quem buscou o tratamento para o alcoolismo, e a família desconhecia esta atitude e, portanto, não participou desta decisão. Nesse caso, M3 percebeu a necessidade de buscar ajuda, pois as repercussões do alcoolismo em seu cotidiano começavam a lhe preocupar, diferente de outras mulheres na mesma situação que, frequentemente, são incentivadas pelas amigas ou por outras pessoas de sua convivência social.

5.3.2 Discussão

Nesta família a mulher alcoolista busca o cuidado e o auto cuidado, em virtude da experiência passada com o primeiro companheiro, M3, recorre aos serviços especializados de

saúde para o tratamento do alcoolismo. Além disso, já estavam evidentes os comprometimentos decorrentes do uso nocivo da ingestão do álcool motivando a busca de tratamento. Isso é percebido quando o indivíduo busca a mudança, pois passa a considerar os prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e ensaia a possibilidade de mudar. Inicialmente são as tentativas de mudanças de comportamento, culminando com a ação, a sobriedade, momento em que se dá a prática dos planos para a modificação do comportamento. Finalizando com o estágio da manutenção, em que o indivíduo modifica seu estilo de vida, trabalhando estratégias, para evitar a recaída atingindo a abstinência e estruturando as mudanças realizadas (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005).

Entretanto, há uma sequência no decorrer desses estágios, em que a recaída pode estar presente, levando o indivíduo a vivenciar várias vezes os estágios anteriores, antes de estabelecer a manutenção propriamente dita (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005). Fato observado em M3, que apesar de frequentar o CAPS ad, ser consciente dos prejuízos do alcoolismo em sua vida, persiste na embriagues sendo necessário reiniciar os processos de mudança para atingir a sobriedade e manter a abstinência.

As tentativas de reabilitação de M3, geralmente eram frustradas, pois se mantinha entre a sobriedade e a embriagues, nesse período os filhos eram adolescentes, e emergiam os conflitos familiares em virtude da dependência da mãe. Mesmo num cotidiano familiar desestruturado, a filha de M3, a resgatava da rua e no domicílio prestava os cuidados com as necessidades básicas, que incluíam alimentação, banho e a cuidava até que dormisse. Segundo relatos de M3, sua filha era tomada de sentimento de vergonha, pois precisava resgatar a mãe, muitas vezes, embriagada e caída à rua.

A minha filha não queria mais que eu bebesse, porque ela já estava cansada de passar vergonha, de ir me buscar nos lugares, sentada, deitada ou jogada numa calçada bêbada, com as pessoas ao meu redor dizendo que eu era uma bêbada. Acho que isso é uma vergonha pra mim, e mais vergonha para ela, imagina ter que ir buscar a tua mãe bêbada? (M3).

Conforme descreve Filizola et al. (2006), a família que convive com um membro alcoolista, encontra dificuldades para tratá-lo, devido às frustrações e ao desgaste emocional que vivencia diante da constante luta para convencer o dependente a se tratar, sendo que poucos aceitam algum tipo de ajuda. Da mesma forma, a autora ressalta que os familiares revelam forte sentimento de vergonha em relação ao familiar alcoolista, devido às atitudes constrangedoras e comprometedoras que demonstra. Reitera Rossato (2006) que as relações afetivas interpessoais e sociais do dependente são permeadas por dificuldades de aproximação e manutenção de laços de intimidade entre os membros da família; além disso, a confiança, o

compartilhamento de experiências e o sentimento de desconfiança são habituais nas relações familiares.

Evidencia-se que o ser humano não vive sozinho, mas num contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima e cuidar de seus membros é prática comum (ELSEN, 2004), mesmo que no âmbito da família os laços afetivos estejam desgastados e a convivência permeada por fortes sentimentos ambivalentes (SANTOS, 2002).

Ressalta-se que a família é o suporte assistencial quando um de seus membros está em situação de doença. Ademais, o sistema familiar, ao investir na recuperação da usuária de álcool, estabelece vínculos mais estreitos no cuidado, fazendo com que a mulher dependente reconstrua sua auto-estima, relute em não recair e estabeleça metas para uma melhor condição de vida (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005). Assim, o conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas guiam as ações no sentido da promoção, prevenção e tratamento da doença de um de seus membros (ELSEN, 2004). E, essas ações são construídas ao longo do ciclo familiar, associadas às interações com as pessoas que lhes são significantes, com o intuito de compreender e enfrentar as diferentes situações de saúde e doença no sistema familiar (ELSEN, 2004).

Na família em foco, o cuidador incentiva a companheira a abandonar o alcoolismo, através de seus cuidados, porque F3 conhece as dificuldades de se manter a abstinência, pois já foi um dependente químico, mas também esclarece que o usuário precisa ter força de vontade e coragem para continuar na sobriedade. Evidencia-se um cuidado que assume o sentido de atenção, simpatia, preocupação com alguém; transmite uma idéia de amor, carinho e dedicação. E mesmo em situação de alcoolismo, a família cuida do ser humano dependente, enfrenta a problemática do álcool e suas repercussões com atenção, amor e incentivo ao indivíduo que bebe (NASCIMENTO et al., 2006). F3 tem o perfil do cuidador dedicado (RESTA e BUDÓ, 2004), que apesar das repercussões sociais e morais do alcoolismo de M3, despende parte do seu tempo para dedicar à companheira práticas de cuidados para que ela mantenha a sobriedade e a abstinência.

Em virtude disso, salienta-se que o cuidado familiar é um complexo, portanto não se fragmenta, e ainda pode ser reconhecido por vários atributos, como a presença, a proteção, a inclusão e a orientação para a vida (ELSEN, 2004). A presença está no cuidado familiar constituído de relações interpessoais afetivas, confortantes e amorosas, para que a mulher se sinta protegida e amada, a fim de renovar as esperanças de reconquistar, principalmente, a confiança e a harmonia na convivência familiar; e a inclusão social (ELSEN, 2004).

Observa-se que as práticas de cuidados desenvolvidas por F3 são percebidas por M3, como uma expressão de zelar, ou seja, o desvelar do outro, assim o cuidador e o ser cuidado relacionam-se de forma envolvente e significativa representando a preocupação de um com o outro (WALDOW, 2008). Vislumbra-se, portanto, que o ato de cuidar estabelece o acolhimento, a união e a reconciliação do casal, estimulando a preservação do casamento, de uma relação afetiva mais sadia, principalmente, na superação de limites, visto que, a partir da identificação dos problemas intrafamiliares, há uma ação efetiva para a resolução de possíveis empecilhos para o contínuo da boa convivência, evidenciado na prática da escuta estabelecida pela comunicação (WALDOW, 2008).

Outro fato identificado foi à percepção de F3 a respeito da doença da companheira: ele aprendeu, ao longo de dez anos de convivência, que o alcoolismo é uma doença crônica, por isso a importância de M3 não ter contato com a bebida, muito menos com a ingestão do primeiro gole, a fim de evitar as consequências, muitas vezes, constrangedoras que a embriaguez proporciona. Além disso, o cuidador respeitou a singularidade da companheira, entendendo seus momentos de fragilidade, de insegurança e de temor, mesmo que muitas vezes o relacionamento afetivo do casal fosse colocado à prova nos ciúmes da companheira, assim F3 revela-se através de suas ações um cuidador como refere Leininger (1991), independente das situações que enfrenta no decorrer de sua vida.

É importante salientar que as famílias que convivem em situação crônica de doença, neste estudo, o alcoolismo, desempenham os mesmos papéis de outras, acrescidos de mais atribuições, como a de cuidar na doença. No entanto, este é um fato comprometedor na atuação da família como unidade e também afeta o próprio viver da família. E, dessa forma, a família se encontra em maior vulnerabilidade, pois a doença crônica, quando não controlada, suga as energias e transforma o contexto e o cotidiano familiar (MARCON et al., 2005). No entanto, F3 não perdeu a esperança de reconstruir junto à companheira melhores condições de sobrevivência, mesmo em situação de alcoolismo, cuidou com amor, carinho e afeto, identificando nesses cuidados abstratos (LEININGER, 1991) a importância da prevenção e promoção de saúde para M3.

É fato que, ter um doente crônico em casa não é fácil para a família, especialmente pelas suas recidivas em forma de crise, tornando difícil observar mudanças rápidas no comportamento da mesma, principalmente pelas suas crenças, valores e atitudes referentes àquela situação de saúde e doença. Em se tratando de transtorno mental, neste estudo o alcoolismo feminino, isto se torna ainda mais difícil, visto o misticismo que envolve a doença,

pois a pessoa doente sente a necessidade de voltar a ser como era antes (WAIDMAN e ELSSEN, 2006).

Evidenciou-se também, que a rede social de cuidados foi acionada para apoiar essa família, especialmente o CAPS ad. Nessa instituição, M3 ocupa parte de seu tempo compartilhando com seus pares as experiências negativas que o alcoolismo traz a sua vida, mesmo que ainda recaia frequentemente tem consciência que precisa afastar-se do álcool, a fim de reconstruir os laços afetivos com o companheiro e manter a união do casal.

6 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O ALCOOLISMO

O cuidado em enfermagem contribui para a promoção de melhores condições de vida no processo de saúde-doença dos seres humanos. A partir de uma assistência qualificada e humanizada as ações da enfermagem têm como princípio básico resgatar a saúde dos indivíduos, respeitando suas singularidades, crenças e costumes; proporcionar conforto e bem estar investindo no cuidado emocional, associado a uma prática profissional baseada na ética, respeitando a individualidade do ser cuidado; assistir a família como unidade promotora de saúde entre seus membros.

Este estudo apontou importantes indicativos para a prática da enfermagem, especificamente, com famílias que vivenciam em seu cotidiano o alcoolismo feminino. A partir de seus resultados constata-se que os trabalhadores da enfermagem podem atuar em variados campos da assistência, proporcionando na saúde coletiva a atenção para os primeiros indicativos de instalação do alcoolismo na família; bem como na rede hospitalar promovendo cuidados para a reabilitação e reinserção da mulher alcoolista na sociedade.

Na Família I seus membros cuidam e a mulher não se sente cuidada, ou seja, há um descompasso entre os cuidadores e a mulher alcoolista. Esse descompasso é uma lacuna para a atuação dos trabalhadores de enfermagem ajudarem tanto a família, quanto a mulher alcoolista, identificando, primeiramente as necessidades de cuidados da família, para posteriormente atender essas expectativas. Todavia, para dar suporte à família o profissional deve compreendê-la, apoiá-la e ajudá-la a minimizar seu estresse, oferecendo orientações, escutando-a ativamente, para conjuntamente pensarem formas de atenuar as dificuldades do dia-a-dia (WAIDMAN e ELSSEN, 2006).

Quando o cenário é o hospital geral, onde a usuária de álcool encontra-se, na maioria das vezes, muito debilitada e com sintomas clínicos evidentes, como: varizes esofágicas, hepatite alcoólica, cirrose e abdômen ascítico a atuação dos trabalhadores de enfermagem não se restringe aos cuidados desses sintomas. É importante também, que os profissionais desenvolvam práticas de cuidado emocional, desvelando conflitos e desgastes familiares que remetem ao sofrimento do grupo familiar que convive com uma mulher alcoolista em seu cotidiano. Esses cuidados ajudam a família a entender e aceitar a doença, com a intenção de

auxiliar o grupo a gerir seu cotidiano, diminuir o peso ou responsabilidade no cuidado e aproximar o grupo para a cooperação entre os membros (PEGORARO et al., 2008) e, dessa forma, diminuindo o descompasso entre os que cuidam e a usuária de álcool.

Na alta hospitalar os trabalhadores de enfermagem cientes do cotidiano destas famílias devem oferecer informações para o cuidado domiciliar, utilizando-se de seu saber/fazer para a educação em enfermagem orientando a família para possíveis recaídas; manutenção de um ambiente familiar livre de críticas destrutivas que podem afetar a abstinência; orientar quanto a alimentação da mulher alcoólista; e conscientizar a família para relações mais afetivas e menos amistosas frente a usuária.

Na Saúde da Família, os trabalhadores de enfermagem devem colocar em práticas estratégias para o enfrentamento deste descompasso. A Redução de Danos, por exemplo, consiste em um conjunto de construção de novos caminhos para a usuária. Além de alcançar a sobriedade, oferece um novo estilo de tratamento que leva em conta as singularidades do sujeito que apresentam problemas com a bebida, buscando melhor condição de vida para ela e para todos os que com ela convivem (BRASIL, 2004).

Na atuação nas redes básicas de saúde o enfermeiro, além de cuidar da condição física já instalada, tem o importante papel de educar para a saúde não apenas a pessoa que bebe, mas os demais membros da família que não estão envolvidos com a dependência. Esse papel pode ser mais facilmente desenvolvido no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, pois esta permite maior autonomia para o enfermeiro prestar cuidados dessa natureza, porque está inserido na comunidade tornando-se ponto de referência na equipe de saúde. Ao desenvolver a educação para a saúde, prevenir a dependência do alcoolismo e promover melhores condições de vida à usuária e seus familiares, o trabalhador de enfermagem minimiza o descompasso existente entre os cuidados praticados pelos familiares e despercebidos pela mulher alcoólista.

Na família II, M2 percebe os cuidados praticados por sua principal cuidadora, mas é importante salientar que isto só acontece a partir da dependência já instalada, quando a mulher já enfrentou muitas situações constrangedoras. Com a instalação da dependência M2 descuidava dos filhos; não seguia as orientações da mãe em relação ao uso e abuso do álcool; sofria agressões físicas do companheiro, sendo instalada a violência intra familiar; além disso, pelas repercussões clínicas do alcoolismo sofreu um acidente vascular cerebral, visto que havia desenvolvido uma hipertensão.

Especificamente, a partir dos resultados do estudo com esta família, a atuação do enfermeiro em hospital geral, consiste em fazer um diagnóstico cuidadoso das relações

familiares, identificando o cuidador principal, a fim de perceber as potencialidades e fragilidades da família. Para aprofundar-se nesta complexa estrutura de cuidado que é a família, o enfermeiro deve apresentar algumas habilidades fundamentais, como: desenvolver boa relação interpessoal terapêutica; estar livre de preconceitos e julgamentos; desenvolver a habilidade da escuta e demonstrar interesse no cuidado da usuária e familiar cuidador. Além disso, utilizar-se da ética profissional e de todos seus preceitos para não expor a mulher alcoolista e a família. Após, contemplado o tratamento hospitalar é importante que o enfermeiro incentive e reforce os cuidados domiciliares que podem ajudar na prevenção de novas recaídas, e se possível fazer o encaminhamento da usuária e familiares a um centro de referência para a continuidade do tratamento.

No campo da saúde coletiva os cuidados de enfermagem preconizam a manutenção da abstinência, envolvendo a usuária e seus familiares na inserção no CAPS-ad. Essa instituição promove atividades diárias nas quais usuários e familiares participam ativamente, desenvolvendo trabalhos em grupos e aprendem a esclarecer suas dúvidas e administrar seus problemas em relação ao alcoolismo. Além disso, na Estratégia da Saúde da Família, o enfermeiro, durante a visita domiciliar promove o envolvimento de outros membros familiares nos cuidados à mulher alcoolista. E inserido no seio familiar obtêm resultados satisfatórios em relação a sobriedade, abstinência e envolvimento da família nos cuidados a usuária.

Na família III, desse estudo, evidenciou-se que o cuidador e a mulher alcoolista têm em suas histórias de vida uma longa dependência química com álcool e outras drogas. Observa-se que um consegue ficar abstinente e é capaz de usar a experiência que viveu colocando-a a cuidado do outro. Assim como na filosofia dos Alcoólicos Anônimos e grupos de auto ajuda que preconizam ajudar outras pessoas com suas experiências passadas, e manter a abstinência por mais vinte e quatro horas, buscando na “serenidade” o conforto de que é possível ter melhores condições de vida afastados da bebida.

Especificamente, nessa família, em que o cuidador é um homem, o enfermeiro de hospital geral deveria indagar a existência de outros membros familiares, pois conforme os dados M3 passou por uma intervenção cirúrgica para realizar uma histerectomia, e os cuidados familiares ficaram sobre a responsabilidade do companheiro durante o período de internação. Geralmente, quem assume os cuidados nas internações hospitalares são acompanhantes do sexo feminino, atendendo o padrão socialmente reconhecido que a mulher possui a responsabilidade de cuidar de seus membros familiares.

Cabe ressaltar também, que segundo dados epidemiológicos as intervenções cirúrgicas ginecológicas são mais comuns em mulheres dependentes de álcool (GEHRKE, 2001), entretanto o enfermeiro não investiga a respeito do alcoolismo nessas mulheres na admissão delas no hospital, e de um modo geral, esses trabalhadores da saúde não relacionam outras patologias específicas da mulher com a dependência do álcool. Evidencia-se que o alcoolismo feminino é observado pelo enfermeiro quando a mulher interna em hospital geral com as complicações clínicas da doença já deflagradas, ou nas internações para desintoxicação alcoólica (PILLON, 2005; SANTOS, 2006).

Em virtude disso, convém salientar a deficiência na educação formal dos profissionais da enfermagem, pois os enfermeiros obtêm pouco conhecimento sobre o tema álcool e suas consequências, o que leva a discutir a necessidade de uma maior oferta de capacitação nessa área do conhecimento (PILLON, 2005; LUÍS et al., 2008).

Na rede básica, o enfermeiro possui a mesma formação profissional da área hospitalar, entretanto desenvolve suas atividades profissionais de forma diferenciada, pois consegue desenvolver o cuidado no cotidiano familiar, o que possibilita maior interação entre o profissional, o doente e a família. Além disso, dispõe de recursos para tratar do alcoolismo antes de sua instalação, atuando, principalmente, na prevenção da dependência e promovendo cuidados que envolvam a família como principal complexo para o cuidar. Entretanto, os tabus e preconceitos, em relação ao alcoolismo não difere nas diferentes instâncias profissionais, pois se evidencia, também, na rede básica um certo repúdio por parte dos profissionais ao cliente alcoolista.

Assim, de certa forma, existe uma lacuna importante desde as Políticas Públicas de Saúde à formação profissional do enfermeiro no que se refere ao alcoolismo feminino. Percebe-se que os serviços idealizados e os existentes para o tratamento do público feminino, dispõe em sua organização funcional, de infra estrutura para prestar assistência a todos os indivíduos com problemas de uso e abuso do álcool (SOUZA, 2008). Entretanto, os dados desse estudo não revelaram a procura ou a oferta de outros serviços, exceto o CAPS-ad, para o atendimento da mulher alcoolista. Todavia, ficou implícito que a “ausência” da mulher nos serviços especializados para o tratamento do alcoolismo se deu pelas opções de: não procurar ajuda; dificuldade de acesso; falta de vagas (inserção); medo; vergonha ou desconhecimento acerca do serviço. Evidenciou-se, que a mulher foi estimulada, às vezes induzida pela família, a procurar ajuda profissional para tratar o alcoolismo, mesmo M3 que buscou o tratamento, mas ainda utilizava o álcool quando este estudo foi finalizado.

No que se refere a prática profissional da enfermagem, as mulheres e familiares desse estudo, não identificaram o enfermeiro como parte da equipe multidisciplinar de cuidado, isso remete ao modelo biomédico da assistência em que o cuidado está estagnado no corpo, atentando para a doença e suas complicações clínicas, enquanto que as singularidades do sujeito e das famílias envolvidas no cuidado ficam esquecidas, impossibilitando, muitas vezes, a promoção da saúde e a prevenção da dependência, como preconiza as Políticas Públicas de Saúde em Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcoolismo feminino não difere do masculino somente na fisiologia da absorção do etanol no corpo da mulher em relação ao corpo do homem. As diferenças se fazem sentir, também, no âmbito familiar e social pelo impacto que causa essa dependência. Evidencia-se que o alcoolismo na mulher trás prejuízos sobre os papéis que ela desempenha tanto na família quanto nas relações sociais. Ainda na sociedade contemporânea a mulher é responsável pelos cuidados e a educação dos filhos, responsabilidades que são definidas socialmente, desde que se considera a manutenção dos laços afetivos como a base estrutural da família.

Quando não desenvolve esses papéis instituídos a mulher é marginalizada, primeiramente, pela própria família e, em seguida, pelo meio social de sua convivência. Na família, outras pessoas precisam assumir as funções a ela determinada, ocasionando a ruptura dos laços afetivos entre os membros familiares que, na maioria das vezes, não permitem o alcoolismo da provedora do lar, porque é evidente a desestruturação dos indivíduos. Em virtude disso, os filhos perdem a segurança depositada na mãe, que os gerou e cuidou durante o processo de vida, educando-os e auxiliando-os na formação moral e social.

Os resultados desse estudo evidenciam a problemática enfrentada pela mulher alcoolista, tanto nas relações familiares como nas relações sociais. Na família, a mulher quando instalada a dependência no alcoolismo perdeu o controle dos filhos, que aos poucos se afastaram dela, porque embriagada nenhuma delas conseguiu cuidar de sua prole, dando margem para que outras pessoas do convívio familiar assumissem este papel. Além disso, as relações familiares foram permeadas por desajustes, intrigas e violência, culminando nas agressões físicas, verbais e morais, geralmente, desencadeadas pelos próprios conflitos no seio familiar.

Evidenciou-se nas famílias estudadas que a mulher alcoolista perdeu no decorrer da trajetória de dependência a confiança, a credibilidade e a posição de cuidadora da família. Essas perdas desencadearam as mulheres, das três famílias estudadas, sofrimento ao longo do tempo, principalmente, em relação aos filhos, que além de serem cuidados por outros membros familiares, não puderam contar com o apoio da mãe durante o período escolar, quando apresentaram as dúvidas da adolescência, e na idade adulta não recordavam boas

lembranças do passado. E, muitos desses filhos, ainda apresentaram enquanto crianças retardo no aprendizado, problemas no desenvolvimento psico-motor e dificuldades de relacionamentos sociais com seus pares, que podem ter sido resquícios deixados pela dependência materna.

Nas relações sociais, as mulheres desse estudo, perderam oportunidades de melhorar suas condições sócio-econômicas, pois desistiram de formações profissionais, abandonaram empregos que proporcionavam sustento a elas e seus filhos e, em virtude disso, foram consideradas pelas pessoas de seu convívio social como “promiscuas” e de caráter duvidoso, já que para manter a dependência pediam dinheiro em residências de pessoas estranhas para sustentarem sua doença, o alcoolismo.

As evidências desse estudo chama atenção para a problemática do alcoolismo feminino, pois a mulher alcoolista apresenta necessidades especiais de cuidados. Tratar e cuidar da dependente do álcool faz parte da rotina dos trabalhadores da saúde; todavia esse cuidado deve ser permeado por respeito e consideração, isento de preconceitos em relação ao ser humano que sofre com as consequências da dependência, mesmo em situações de abstinência. Dessa forma, a mulher alcoolista precisa ser tratada em grupos com outras mulheres que enfrentam problemas semelhantes, nos quais elas possam discutir suas ansiedades, medos e preocupações, tendo a liberdade de expressarem seus sentimentos, sem constrangimentos, pois, para ela é difícil enfrentar e expor sua condição de alcoolista.

Dentre as contribuições potenciais desse estudo está a possibilidade de preencher algumas lacunas da pesquisa acerca do tema, pois são relativamente poucos os pesquisadores que se preocupam com o alcoolismo feminino, principalmente, com as práticas de cuidados desenvolvidas na família. Assim, os resultados desta pesquisa, demonstraram que as famílias que convivem com uma mulher alcoolista em seu cotidiano, tem dificuldades de prestarem cuidados a essa mulher, pois diferente do homem a mulher alcoolista sofre com as perdas dos papéis que desempenha na família, enfrenta seus próprios tabus e preconceitos em relação a doença que desenvolveu durante a vida, e na maioria das vezes, deixa de ser considerada pela própria família como provedora do lar.

Por outro lado, para o ensino torna-se de suma importância o referido estudo, uma vez que, a partir dele, os estudantes de graduação, e, também, pós-graduação em Enfermagem poderão buscar conhecimentos acerca do alcoolismo na mulher, a forma com que a família cuida dessa mulher, como as políticas de saúde estão tratando dessa problemática. Em síntese, os resultados desse estudo podem capacitar os estudantes para o trabalho com famílias que cuidam da mulher alcoolista, para que eles possam no seu cuidar promover a saúde, tanto da

dependente como de seus familiares, e, principalmente, prevenirem as famílias quanto a doença alcoolismo antes de sua instalação.

Já para a comunidade em geral, tal estudo serve para informar e conscientizar as pessoas de que a mulher alcoolista é um ser humano capaz, mesmo em meio do alcoolismo, de resgatar sua auto-estima e de re-inserir-se socialmente, desde que seja tratada com respeito e consideração no seu grupo de convivência. Também, entenderem que os papéis de educadora e cuidadora da família não é restrito à mulher, mas, também, do homem. Nesse sentido é importante destacar que quando o homem é a pessoa alcoolista da família, a mulher assume seus papéis, promovendo o sustento do lar, a educação dos filhos, além do bem estar do marido alcoolista, que, às vezes, é o agressor da família.

A maior contribuição desse estudo é ter examinado uma questão negligenciada no corpo de conhecimento do alcoolismo e família. Pesquisar famílias em situação de alcoolismo é desvelar a singularidade do ser humano, pois mesmo vivenciando o cotidiano comum entre seus membros, a família é composta de individualidades, capazes de cuidar e descuidar, amar e odiar, ao mesmo tempo e em situações extremas. Cabe mencionar que a família é um complexo de aprendizado, porque quanto mais estudos e pesquisas emergem acerca do tema, mais desperta a curiosidade de quem pesquisa. Dessa forma, pesquisar famílias é o cerne para conhecer o desenvolvimento humano, e o mais importante: entender a trajetória das relações que ora são congruentes, ora incongruentes.

Assim, acreditamos que o estudo proposto não se encerra aqui, porque ainda evidenciamos dúvidas que, possivelmente, serão sanadas com o aprofundamento a respeito do tema. Entretanto, para aprofundá-lo, será necessário um maior tempo de estudo, para identificar as lacunas que ainda existem na singularidade de entender o cuidado praticado pela família e percebido pela mulher alcoolista.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. B.; GIMENO, L. I. D.; MELLO, R. M.; RUSCHEL, E. B.; BENEVIDES, L. S.; NICHETTI, R. C. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital São Pedro. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.25, n.2, Porto Alegre ago. 2003.

ASSUNÇÃO, A. N. **Alcoolismo e ensino de enfermagem: convergência e divergências entre o discurso e a prática**. Pelotas: Universitária/UFPEL, Florianópolis: UFSC, 2000. 156p (Série teses em Enfermagem, 25).

BERTOLETE, J. M., RAMOS, S. de P. e cols. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 236p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS**. Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. MS, Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Conselho Nacional de Saúde / MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.64 p.: il.– (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, E. A. de. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença em ex-bebedores. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, supl. 0, Rio de Janeiro, set/dez 2005.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online]. 2006, vol. 55, no. 3 [citado 2007-10-14], pp. 208-211. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em 17 de Julho de/2007.

DAVID, H. M. S. L.; CAUFIELD, C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre o uso de drogas e violência entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v.13 n°.spe2, Ribeirão Preto nov/dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a08.pdf>>. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

DINIZ, S. A.; RUFFINO, M. C. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 4 n°. spe, Ribeirão Preto abr. 1996.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. 2a ed. In: ELSEN I, MARCON S. S., SILVA M. R. S., organizadores. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.

EDWARDS, G. e cols. **O tratamento do alcoolismo**. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese, 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda. 1999, 318p.

ELBREDER, M. F.; LARANJEIRA, R.; SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online]. 2008, vol.57, n.1, pp. 9-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf>>. Acesso em 20 de Maio de/2009.

FERNANDES, S. L. S. A.; NITSCHKE, R. G.; ARARUNA, R. C. Violência na cultura contemporânea: o cotidiano familiar. **Remê: Revista Mineira de Enfermagem**. V.10 n° 3, Belo Horizonte, jul 2006.

FIGLIE, N. B., PILLON, S. C., CASTRO, A. L., LARANJEIRA, R. Alcoolismo uma proposta ambulatorial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2001. Vol. 50 (5-6), p.169-179.

FILIZOLA, C. L. et al. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 jul. 2008.

GEHRKE, B. N. C. e cols. **Considerações sobre o alcoolismo**. Pelotas: EDUCAT (Editora da UCPEL), 2001. 144p.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira** / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira et al.; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing**. New York: Wiley, 1991.

LUÍS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F.; FERREIRA, P. S. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgências: teste piloto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2008, 21(1): 39-45.

MADI, P. C. Alcoolismo Feminino. **Saúde Vida on Line**. 200-. Disponível em <http://www.saudevidaonline.com.br/artigo36.htm>. Acesso em 29/09/2006.

MARCON, S. S. et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jul. 2008.

MARQUIES, V. M. G. **O viver da família do alcoolista**. Sobral – Ceará: UVA, 2006. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual do Vale do Acaraú, 2006).

MASUR, J. Etiologia do Alcoolismo. In: D'ALBUQUERQUE, Luiz A. Carneiro, SILVA, Adávio de Oliveira. **Doença hepática alcoólica**. São Paulo: Savier, 1990. p.09-13.

MELO, Z. M. de et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.2, ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 nov. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ed. São Paulo: HUCITEC, 407p. 2007.

NASCIMENTO, K. C, et al. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2006 set, 27(3): 386.

NASI, C.; HILDEBRANDT, L. M. Ser alcoolista na voz dos sujeitos dependentes do álcool. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. (Ed. Port.) v.3 n°. 1, Ribeirão Preto, ago. 2007.

NÓBREGA, M. P. S. **Mulheres Usuárias de Álcool: Subsídios para Assistência**. São Paulo, 2001. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Universidade Federal de São Paulo, 2001.

NOBREGA, M. P. S.; OLIVEIRA, E. M. de. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 jan. 2008

PEGORARO, R. F., CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n.2. abr./jun. 2008.

PILLON, S. C. Atitudes dos Enfermeiros com Relação ao Alcoolismo: Uma Avaliação de Conhecimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, nº. 03, p. 303-307, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original07.htm> Acesso em 15 de Fevereiro de 2008.

RAMIREZ, L. C.; LUIS, M. A. V. Surge en mi otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2009.

RAMOS, S. de P.; BERTOLOTE, J. M. e cols. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 240p.

RESTA D. G., BUDÓ M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Rev Acta Scientiarum**, Maringá jan/jun; 26(1): 53-60, 2004.

ROSSATO, V. M. D; KIRCHHOF, A. L. C. Famílias alcoolistas: a busca de nexos de manutenção, acomodação e repadronização de comportamentos alcoolistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 27(2); p. 251-7. jun. 2006.

SANTOS, A. M. **O significado do alcoolismo para familiares de mulheres portadoras dessa doença**. Pelotas: UFPEL, 2002. Monografia (Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, 2002). 68p.

SANTOS, A. M. **Mulheres Etilistas: a visão da equipe de enfermagem frente a problemática do alcoolismo feminino**. Pelotas: UCPEL, 2006. Monografia (Especialização em Administração Hospitalar, Universidade Católica de Pelotas, 2006). 36p.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília 2009. mar/abr; 62(2); 194-199.

SILVA, M. R. S. da. Convivendo com o alcoolismo em família. In: ELSESEN, Ingrid e cols. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.271-92.

SILVA, M. R. S. da. **Família e alcoolismo: em busca do conhecimento**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 1996.

SOGIPA - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná. **Alcoolismo Feminino em aumento constante e progressivo**. [on-line] 2004, ano 24, nº06 - abril/maio/junho. Disponível em <<http://www.sogipa.org.br/htmls/atualidades/reportagem/alcoolismo-feminino.asp>> Avaliado em 12 out. 2006. Acesso em 23 de julho de 2007.

SOUZA, J. G., LIMA, J. M. B., et al. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. **Esc. Anna Nery, Revista de Enfermagem** 2008 dez; 12(4): 622-629.

STAMM, M. **A enfermeira cuidando de famílias em situação de alcoolismo com uma abordagem transpessoal**. Concórdia: UFSC 2000. Dissertação de mestrado 168p.

STAMM, M. **Quebrando o silêncio no cuidado transdimensional a mulher alcoolista em famílias**. Florianópolis: UFSC 2005. Tese de doutorado 22Op.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**. v.17 nº. 3, São Paulo jul/set. 2008.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Chia**, ano 8, v. 8, n. 1, Colômbia, abril 2008. p. 85-96.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSESEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 5, Supl., Maringá, p. 107-112. 2006.

APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação dos Membros da Família:

Nome Fictício:

Idade:

Escolaridade:

Grau de Parentesco:

Hábito de Uso de Bebida Alcoólica:

Identificação da Mulher Alcoolista:

Nome Fictício:

Idade:

Escolaridade:

Tempo de uso de álcool:

Entrevista com os familiares:

1. Comente a respeito de alcoolismo?
2. Há quanto tempo sua familiar utiliza álcool?
3. Quais os cuidados que você realiza/desenvolve com sua familiar alcoolista nos momentos de embriagues?
4. Quais as práticas de cuidados que você desenvolve com a sua familiar alcoolista nos momentos de sobriedade?

Entrevista com a mulher alcoolista:

1. Comente a respeito de alcoolismo?
2. A partir de que momento de sua vida você começou a beber?
3. Você se sente cuidada pela sua família?
4. Dentre as ações/práticas realizadas pelos membros de sua família, quais você considera como cuidado?

APÊNDICE B

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CARTA DE SOLICITAÇÃO À PESQUISA

Rio Grande, 02 de junho de 2008.

Ilma Senhora
Gisele Steibel
Psicóloga e Coordenadora Do CAPS-AD

Senhora Coordenadora:

Na condição de aluno regular do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande venho, por meio deste, solicitar autorização para convidar familiares e mulheres alcoolistas do CAPS-AD para participarem da pesquisa intitulada **PRÁTICAS DE CUIDADO NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DE MULHERES QUE VIVENCIAM A QUESTÃO DO ALCOOLISMO**, a qual desenvolvo sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva, da Escola de Enfermagem / Universidade Federal do Rio Grande e docente do referido programa.

Teremos presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a unidade e a instituição, em consonância com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, o qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos (especialmente o item IV).

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo em que me coloco ao inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Mestrando Alessandro Marques do Santos

Fone para contato (0xx53) 3028-0396 e (053) 81244621.

APÊNDICE C

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente termo, expresso minha concordância em participar como respondente do projeto de mestrado: **Práticas de Cuidado no Cotidiano das Famílias de Mulheres que Vivenciam o Alcoolismo**, o qual está sendo desenvolvido sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva, da Escola de Enfermagem / Universidade Federal do Rio Grande e do mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / Universidade Federal do Rio Grande, Alessandro Marques dos Santos. Além disso, fui igualmente informado (a) sobre:

- A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios ou outras questões relacionadas ao trabalho.
- De liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e, deixar de participar do estudo, se assim desejar, sem que isso me traga qualquer prejuízo.
- Da garantia de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais, prescritos pela resolução 196/96, durante e após o término do trabalho.
- Do compromisso de acesso às informações ou todas as etapas do trabalho, se assim desejar.
- De que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica através de meios de comunicação, eventos e publicações.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

E-mail ou telefone: _____

ANEXO A

Pelotas, 09 de junho de 2008.

Ilmo Sr.:
Alessandro Marques dos Santos
Mestrando em Enfermagem PGENf/FURG.

Senhor Mestrando:

Venho por meio desta atender seu pedido de realização da pesquisa **PRÁTICAS DE CUIDADO NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DE MULHERES QUE VIVENCIAM A QUESTÃO DO ALCOOLISMO** junto a esta instituição, conforme as recomendações da lei do Ministério da Saúde (196/96), a qual tem como compromisso ético resguardar todos os sujeitos envolvidos no estudo, assim como a instituição. Após ler seu projeto de pesquisa verificamos a importância do tema a ser pesquisado, e por isso, está autorizado a busca de sujeitos para os dados do trabalho, sendo estes as mulheres alcoolistas e seus familiares que frequentam esta instituição. A única exigência é o seu compromisso de estar repassando uma cópia do trabalho final (dissertação) para que outros profissionais da saúde tenham maiores informações a respeito do cuidado desenvolvido pela família a mulher alcoolista no âmbito familiar.

Sem mais para o momento; subscrevo-me.

Atenciosamente,



Gisele Steibel

Psicóloga e Coordenadora do CAPS-AD

ANEXO B



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2008/29

Título do projeto: “Práticas de cuidado no cotidiano das famílias de mulheres que vivenciam a questão do alcoolismo”

Investigador(a) principal: Alessandro Marques dos Santos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 19 de junho de 2008, ata nº 04, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 27 de junho de 2008

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Elaine'.

Profª Dra. Elaine Pinto Albernaz
Coordenadora CEP/UCPel