

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

MARIA DAS GRAÇAS BORGES DA SILVA

**O PENSAR E O AGIR DAS MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ALCOOLISMO
FEMININO E O CAMINHO PARA A RECUPERAÇÃO**

**RECIFE
2012**

MARIA DAS GRAÇAS BORGES DA SILVA

**O PENSAR E O AGIR DAS MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
ALCOOLISMO FEMININO E O CAMINHO PARA A RECUPERAÇÃO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Maciel Lyra

**RECIFE
2012**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586o Silva, Maria das Graças Borges da.

O pensar e o agir das mulheres assistidas em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas: alcoolismo feminino e o caminho para a recuperação. / Maria das Graças Borges da Silva. - Recife: [s.n.], 2012.

100 p. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadora: Tereza Maciel Lyra.

1. Alcoolismo 2. Terapia. 3. Mulheres.
4. Preconceito I. Lyra, Tereza Maciel. II. Título.

CDU 613.81

MARIA DAS GRAÇAS BORGES DA SILVA

**O PENSAR E O AGIR DAS MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ALCOOLISMO
FEMININO E O CAMINHO PARA A RECUPERAÇÃO.**

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ
Orientadora

Dr^a. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ
Examinadora interna

Dr^a. Roberta Salazar Uchôa
Departamento de Serviço Social da UFPE
Examinadora externa

Todas as rosas têm seus encantos e suas singularidades, que tornam os jardins vivos e apreciáveis, e todas elas percorrem um caminho até desabrocharem, caminho este muitas vezes de espinhos e beleza. Assim, dedico às mulheres, *Rosas*, que voluntariamente contribuíram para a construção deste saber, permitindo um processo de jardinagem para colher o aprendizado.

Graças Borges

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública, por proporcionarem a oportunidade de ampliar meus conhecimentos e aprimorar minha experiência em pesquisa.

A minha brilhante orientadora, amiga, Tereza Maciel Lyra, por me iniciar no grande desafio em que consiste a pesquisa científica; pela paciência e serenidade em acompanhar minha forma peculiar de produzir e escrever; pela disponibilidade em acolher minhas dúvidas, incertezas e dificuldades ao longo do processo; por sua imensa flexibilidade, que permitiu integrar grandes contradições na produção do conhecimento em Saúde Pública sem perder o rigor exigido pela Academia; por sua sensibilidade, que me permitiu desenvolver a autonomia e a reflexão crítica em uma atmosfera de afeto e cuidado.

Às Professoras Maria Cynthia Braga, Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos e Roberta Salazar Uchôa, pelas cuidadosas e relevantes pontuações durante o processo de troca nos Seminários de Qualificação, compartilhadas e expostas com gentileza.

À Secretaria Municipal de Saúde do Recife, ao Distrito Sanitário IV e à coordenação do Programa +Vida, pelo apoio e por permitirem a realização deste estudo.

Ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas Eulâmpio Cordeiro, pela disponibilidade para auxiliar na construção do conhecimento científico, pelo acolhimento e abertura de suas portas, tornando possível a realização desta pesquisa.

A todos os profissionais que fazem parte do CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro pelas palavras de incentivo e apoio. Mas especialmente a Suzy Marabucana, por seu comprometimento, ajuda, acolhimento, carinho e dedicação, os quais me forneceram suporte e facilitaram o desenvolvimento do meu trabalho.

A Edna Granja e Conceição Vasconcelos, pois sem elas este Mestrado não seria possível - por seu jeito peculiar e por suas preciosas contribuições, fundamentais para a concretização da pesquisa; por terem se tornado, além de tudo, amiga.

Agradeço também a minha equipe de trabalho na Casa do Meio do Caminho Celeste Aída Chaves, por este tempo em que trabalhamos juntos, pela compreensão da minha ausência, pelo carinho e principalmente o apoio que foi e é muito importante para mim.

A todos os professores do Mestrado, doutores do conhecimento, que com características singulares contribuíram de formas diversas, permitindo um diálogo entre os diferentes saberes.

À Secretaria Acadêmica e à biblioteca do Aggeu Magalhães, em especial a Márcia.

Aos meus colegas de turma, pela convivência acolhedora e solidária, por vibrarmos juntos em cada vitória e pelas mãos estendidas em cada dificuldade.

A minha sobrinha Cecília Marinho e a Ana Roberta Oliveira, pela assessoria diante dos recursos tecnológicos, pela paciência, por muitas vezes tira-las de casa a qualquer hora e dia.

A todas as minhas amigas e amigos, que colecionei durante a vida, mas em especial a Célia, Marinho, Cacá, André Vasconcelos, Rossana Rameh, Helena e Dani.

Destaque para meus filhos Diogo Borges e Tulio Borges, e minha neta fada Gabriela Borges, que acreditaram no meu potencial de realização.

A Meu Anjo Amigo Marcelo, pela imensa paciência, compreensão, dedicação, diante dos momentos de estresse, correria e prazos.

Ao meu bombeiro Antonio Soares, pelo socorro de todas as horas e por me dar a honra de ser meu pai.

A todas as mulheres que graciosamente deram seus depoimentos e enriqueceram este estudo.

E em destaque mais do que especial, a minha Mãe Marina Borges, que faleceu durante este percurso, me dando mais força para continuar e nunca me deixou, estando presente o tempo todo, ao meu lado.

SILVA, Maria das Graças Borges. **O Pensar e o Agir das Mulheres Assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: Alcoolismo Feminino e o Caminho da Recuperação**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O alcoolismo feminino tem aumentado nas últimas décadas, em parte como consequência das mudanças no estilo de vida que acompanharam o movimento de emancipação das mulheres. Trata-se de um agravo marcado por preconceitos de gênero, o que dificulta que as mulheres procurem ajuda. O estudo objetivou compreender como mulheres alcoolistas atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) interpretam suas experiências e guiam suas ações em relação ao alcoolismo. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, com enfoque teórico-metodológico ancorado nas Representações Sociais. Foram realizados questionários sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas e análise de prontuários em um CAPS-ad do Recife, financiado pelo Sistema Único de Saúde. A amostra foi intencional, composta por mulheres com diagnóstico de alcoolismo estabelecido, maiores de 18 anos. Os resultados sugerem que mudanças negativas nas condições psicossociais das mulheres alcoolistas estão ligadas ao uso abusivo do álcool. O início do uso aparece relacionado a situações de separação, perda e problemas financeiros. Observou-se também o uso frequente em lugares públicos, contrariando achados da literatura, no quais o uso privado prevaleceria. Representações sobre os diferentes tipos de bebidas orientam a assunção do alcoolismo como doença, e geram sentimentos ambivalentes: prazer/tristeza e solidão/preconceito. Com relação às alternativas terapêuticas, admitem ofertas de tratamento tanto com abordagem centrada na abstinência como na Redução de Danos. Conclui-se que as entrevistadas possuem uma percepção negativa do alcoolismo feminino, sendo a carência emocional o dado mais representativo. Ressalta-se a necessidade de ampliar e sensibilizar os profissionais de saúde pública para as especificidades do cuidado à alcoolista, especialmente o diagnóstico em todos os níveis de atenção, com oferta de ações sensíveis de prevenção e tratamento.

Palavras chave: Alcoolismo, Terapia, Mulheres, Preconceito

SILVA, Maria das Graças Borges. **Thinking And Acting of Women Assisted In A Psychosocial Care Center of Alcohol And Other Drugs: Female Alcoholism And The Path For Recovery.** 2012. Dissertation (Professional Masters in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

Female alcoholism has increased in recent decades, partly as a result of changes in lifestyle that accompanied the movement of women's emancipation. It is a disorder marked by gender bias, which makes it hard for women to seek help. This study aimed to understand how alcoholic women assisted in Psychosocial Care Center – Alcohol and Other Drugs (CAPS-ad) interpret their experiences and guide their actions regarding alcoholism. A qualitative approach has been adopted, focusing on the theoretical and methodological contributions of the Theory of Social Representations. Sociodemographic questionnaires, semi-structured interviews and analysis of medical records were conducted in a Psychosocial Care Center – Alcohol and Other Drugs in Recife, funded by the National Health System (SUS). The sample was intentionally composed of women diagnosed with Alcoholism, all of them over 18 years old. The results suggest that negative changes in psychosocial conditions of alcoholic women are linked to alcohol abuse. The early use appears related to situations of separation, loss and financial problems. There was also frequent use in public spaces, contrary to findings in the literature, in which the private use would prevail. Representations about different kinds of alcoholic drinks guide the assumption of alcoholism as a disease, and generate ambivalent feelings: joy/sadness and loneliness/prejudice. Regarding therapeutic alternatives, they admit treatment plans based on both the abstinence as the Harm Reduction approach. We conclude that the respondents share a negative perception of female alcoholism, and the emotional neediness appears as the most representative data. It is noteworthy the need to expand and raise awareness among public health professionals to the specifics of care for alcoholic women, especially the diagnosis in all levels of health care, offering sensitive actions for prevention and treatment.

Keywords: Alcoholism, Therapy, Women, Prejudice.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de álcool existente em alguns tipos de bebidas alcoólicas	22
Quadro 2 – Organização dos tipos de CAPS	35
Quadro 3 – Nomes de Rosas e seus significados	49
Quadro 4 – O Significado Natural das Unidades e seus Temas Centrais	51
Quadro 5 – Plano de análise dos dados	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CMC	Casa do Meio do Caminho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GREA	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RD	Redução de Danos
RS	Representações Sociais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UD	Unidade de Desintoxicação
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

APRESENTAÇÃO

Há temas em relação aos quais não se pedem respostas acabadas e imediatas. É o caso, por exemplo, questionamento sobre a origem da vida. No entanto, essa questão ainda não ter sido esclarecida não nos aflige. A ausência de informações absolutas e definitivas sobre a origem da vida não interfere no nosso cotidiano, não fazendo parte das nossas preocupações diárias.

Dessa vantagem não partilham os que estudam o alcoolismo. Sendo uma condição que interfere de forma particularmente destrutiva no dia a dia de muitas pessoas, em evidência as mulheres alcoolistas, é natural que haja uma urgência para que respostas claras e precisas sejam dadas às questões do alcoolismo feminino, que vem atingindo diversas sociedades no decorrer da história da humanidade e tão presente na atualidade.

O interesse em desenvolver esse tema teve origem em vivência própria, enquanto psicóloga no atendimento em um serviço público de tratamento para dependência química voltado aos homens. No entanto, por um curto período mulheres foram atendidas - o que me chamou a atenção uma série de aspectos a respeito do alcoolismo feminino. Várias indagações surgiram, fruto das minhas inquietações frente a essa população. Vale salientar que esse serviço só atende a usuários encaminhados pelo Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) Eulámpio Cordeiro, onde a pesquisa foi desenvolvida.

Até chegarmos a uma delimitação clara do objeto de estudo e da pergunta-problema, foi preciso um processo de amadurecimento, trilhar um caminho de mergulhar no campo para entender: o que é alcoolismo, de acordo com o CID-10; as teorias das representações sociais e os fatores que contribuem para o uso do álcool entre as mulheres; estudar questões de gênero implicadas no alcoolismo; a reforma psiquiátrica no Brasil, e por fim, aprofundar o entendimento sobre os caminhos terapêuticos usados pelas mulheres para tratar o alcoolismo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Alcoolismo	20
2.2	Etiologia do alcoolismo	22
2.3	Gênero e alcoolismo	24
2.4	A teoria das representações sociais na perspectiva de gênero	29
2.5	Reforma psiquiátrica no Brasil	33
2.6	Busca dos caminhos terapêuticos para o enfrentamento do alcoolismo feminino	38
2.6.1	<i>Caminho terapêutico com abordagem de abstinência</i>	39
2.6.1.1	<i><u>Hospital psiquiátrico</u></i>	39
2.6.1.2	<i><u>Comunidades terapêuticas</u></i>	40
2.6.1.3	<i><u>Alcoólicos anônimos</u></i>	40
2.6.2	<i>Novos caminhos terapêuticos com abordagem da estratégia de redução de danos</i>	41
2.6.2.1	<i><u>Centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas</u></i>	42
2.6.2.2	<i><u>Comunidades terapêuticas ou pensão protegida</u></i>	43
2.6.2.3	<i><u>Casa do meio do caminho</u></i>	43
3	OBJETIVOS	45
3.1	Geral	45
3.2	Específicos	45
4	CAMINHO METODOLÓGICO	46
4.1	Tipo de estudo e abordagem	46
4.2	Cenário de estudo	46
4.3	Sujeito da pesquisa e período de coleta	47
4.4	Coletas de dados	47
4.4.1	<i>Instrumentos e técnica</i>	47
4.4.2	<i>Análise e interpretação de dados</i>	49
4.5	Plano de análise dos dados	51
4.6	Aspectos éticos	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	Caracterização segundo aspectos sócio-demográfico	53
5.2	Análise das entrevistas	53
5.2.1	<i>Categoria afetiva em relação ao alcoolismo feminino</i>	54
5.2.2	<i>Categoria cognitiva em relação ao alcoolismo feminino</i>	58
5.2.3	<i>Categoria de conduta em relação ao alcoolismo feminino</i>	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	91
	Apêndice A - Questionário Demográfico	92
	Apêndice B - Roteiro de entrevista	93
	Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
	ANEXOS	96
	Anexo A - Consentimento do CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro	97
	Anexo B - Parecer do Comitê de Ética	98

1 INTRODUÇÃO

Estudos contemporâneos têm divulgado a realidade significativa sobre o uso de drogas psicoativas em âmbito nacional, apontando o álcool como a droga mais consumida pelos brasileiros (BRASIL, 2007).

É conhecido que as substâncias psicoativo-químicas afetam o sistema nervoso central e alteram os pensamentos e comportamentos. Historicamente, o uso de álcool tem emprego individual e social estimulado. No plano individual, fornece estimulação, alívio para estados emocionais adversos, alterando estados de consciência. No plano social, facilita rituais, cerimônias religiosas e festividades, integrando o ato social. O álcool, por exemplo, vem sendo utilizado desde a era Paleolítica, e a civilização mesopotâmica forneceu as primeiras descrições clínicas de intoxicação e “cura por ressaca” (NARDI; NUNES, 2000).

A ingestão de bebidas alcoólicas é parte integrante da vida social, atuando como um importante marcador das relações sociais, dos espaços de sociabilidade, da experiência corporal. O ato de beber com os amigos no bar, após o trabalho ou em ocasiões festivas, por exemplo, delimita a periodização do tempo e dos espaços sociais - trabalho/lazer e trabalho/casa, definindo locais nos quais o uso de álcool é plausível, aceitável e mesmo estimulado. Nessa linha, todo o discurso sobre o álcool é também um discurso sobre a sociedade (ANCEL; GAUSSIT, 1998).

Em cada sociedade, encontramos modelos erguidos e institucionalizados de uso das bebidas alcoólicas e uma multiplicidade de motivos e oportunidades constituídas para o ato de beber. Assim, a ingestão de bebidas alcoólicas é mediada por regras e normas que orientam uma classificação de uso referenciada na quantidade; desta forma, há o uso abusivo, patológico, alcoolismo, alcoolização, dependência, embriaguez entre outros (NEVES, 2004).

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde incluiu o alcoolismo propriamente dito como um item diferenciado da intoxicação alcoólica ou de psicoses alcoólicas, na Classificação Internacional de Doenças (CID). Atualmente, o alcoolismo encontra-se classificado pela CID, na sua 10ª revisão, no capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais.

Do ponto de vista médico-psiquiátrico, a Síndrome de Dependência do Álcool instala-se lenta e insidiosamente, em média após 15 anos de uso contínuo, diário ou quase, numa quantidade acima de 40 gramas de álcool absoluto por dia. Tipicamente, o alcoolista inicia

sua *carreira* como bebedor social na idade jovem (em torno de 20 anos, em média). Em torno da terceira década de vida, evolui para a condição de bebedor pesado ou bebedor problema, quando apresenta conseqüências físicas e alta frequência de problemas sociais, legais, conjugais, financeiros, psicológico-psiquiátricos e ocupacionais, ligados ao álcool. Em torno da segunda metade da terceira década de vida, em alguns casos, e em outros a partir da quarta década, instala-se o alcoolismo (NARDI; NUNES, 2000).

O uso nocivo e o alcoolismo estão relacionados a problemas clínicos e psiquiátricos; o uso de álcool por pessoa acima de 40 anos de idade, independentemente da quantidade, está associado a um aumento da mortalidade. Pesquisou-se que na faixa etária entre 35 a 55 anos, os problemas relacionados ao consumo regular do álcool levam a problemas físicos, como o dano hepático e mudanças psiconeurológicas (NOVAES *et al.*, 2000).

Em relação aos fatores desencadeantes do alcoolismo, apresentam-se opiniões divergentes, mas a multicausalidade tem sido aceita, ou seja, há fatores de vulnerabilidade genética, biológica, psicológica e sócio-cultural que interatuam em diversos graus, na manifestação e na instalação do alcoolismo crônico.

Estudos mostram que há diferença entre homens e mulheres no que diz respeito à incidência e à prevalência no uso de álcool: as mulheres usam menos substâncias psicoativas, incluindo o álcool (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS; 2001; 2005; SILVEIRA *et al.*, 2007). Essa diferença vem decrescendo consideravelmente, o que pode ser atribuído à conquista da igualdade de direitos entre os sexos, resultantes das lutas e movimentos feministas das décadas de 1960 a 1980. Observa-se uma tendência também em relação à igualdade no consumo de drogas, influenciada pela mudança no estilo de vida que a mulher adquiriu juntamente com seus novos papéis e responsabilidades (ALMEIDA, 2004; BARROS *et al.*, 2005).

Fatores epidemiológicos (idade, estado civil, religião e ocupação), em consonância com outros aspectos como predisposição genética, fatores psicológicos individuais e socioculturais, exercem influência no comportamento das mulheres e colaboram para gerar o início e a evolução do alcoolismo (WILSNACK *et al.*, 1994 apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; SILVA *et al.*, 2010).

Pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2001 apontam que o uso de álcool exagerado entre meninas de 12 a 17 anos dobrou de 2001 para 2005: passou de 3,5% para 6%, numa razão de sexo de uma mulher para cada três homens alcoolistas. Percebe-se, então, que o universo feminino está cada vez mais sensível ao uso de

álcool, em virtude das mudanças ocorridas no seu modo de vida. A pesquisa também revelou que apesar da preocupação do Ministério da Saúde e dos esforços de diversos profissionais, existem muitos entraves ou barreiras pessoais para que a mulher alcoolista receba acolhimento e tratamento diferenciados.

Deste modo, necessitamos estar atentos quanto ao significado do consumo do álcool na configuração social atual, pois este representa ensinamentos sobre a organização da sociedade e seus infortúnios (BUCHER, 1996).

O uso de álcool não é um fenômeno periférico ou estranho à sociedade, não é alguma coisa trazida de fora por inimigos externos; é produzido e destilado por ela mesma

pelo seu modo de produção e distribuição de bens e rendas, pelas metas de lucro a qualquer preço, pelas ambições descontroladas, se não perversas de ganâncias fáceis, pelas leis de mercado, da oferta e da demanda, apoiadas em uma legalidade (BUCHER, 1996, p.46).

Desta forma, podemos propor que o funcionamento social é tão doentio quanto as doenças que produz. Bucher (1996) problematiza posicionamentos que levam a conclusões unilaterais, apontando que precisamos ir além dos questionamentos que buscam explicar e justificar como o usuário de álcool interfere na vida da família, da comunidade e da sociedade onde vive, nos permitindo, também, analisar como essas organizações interferem na vida desses sujeitos ao ponto deles se verem excluídos, se marginalizarem ou se entregarem ao uso de álcool. Pois, seguindo uma lógica unilateral, o usuário de álcool saiu do *exposto a fatores de risco*, para ser transformado em *fator de risco para os outros*.

Diante da complexidade do fenômeno, a ciência vem tentando justificar a problemática relação da sociedade e de seus indivíduos com o uso de álcool, que se apresentam de forma cada vez mais abundante nos espaços sociais.

Cada cultura tem formas diferentes de controle do uso de álcool e, a depender do contexto, este uso pode ser requisitado, tolerado ou vetado. Neste estudo serão privilegiadas as mulheres com diagnóstico de alcoolismo, sem outras dependências químicas associadas, em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas Eulâmpio Cordeiro, mas sem desconsiderar os contextos nos quais estas estão inseridas.

Será abordada a questão usando como referencial a teoria das representações sociais. Moscovici (2001, 2003) alega que, na atualidade, há a coexistência de duas classes distintas de universos de pensamento: os universos reificados e os universos consensuais. Os primeiros referem-se ao conhecimento científico, onde existe uma objetividade e um rigor lógico

metodológico. Já os segundos, descrevem o conhecimento do senso comum: são as atividades intelectuais da interação social cotidiana, nas quais são produzidas as representações sociais. Porém, a matéria-prima para a construção dessas realidades consensuais provém dos universos reificados.

É importante destacar que o conhecimento produzido pelas representações sociais não se aplica a todas as formas de conhecimento produzidas por uma sociedade (MOSCOVICI, 2001).

O foco central e de grande relevância desta pesquisa é, portanto, analisar as representações sociais sobre o fenômeno do alcoolismo entre mulheres que recorrem a tratamento, buscando suporte no saber científico das instituições e profissionais especializados, que, possivelmente apresentariam uma forma particular de representar seus conceitos e valores a respeito da questão, por estarem em uma relação mais direta com o saber produzido nos universos reificados (MOSCOVICI, 2001, 2003).

Suárez e Galera (2004) afirmam que os problemas associados ao uso de álcool têm suas raízes em complexas relações da história da humanidade e desta história faz parte a sociedade como instituição em constante transformação. Há os que consideram o uso de álcool como uma decisão individual e, como tal, tem sido descrito em grande parte dos estudos e enfoques de tratamento. Porém, é importante ressaltar que a coletividade tem um papel muito importante na conservação e na transformação de hábitos, costumes e comportamentos entre seus membros e gerações.

Nas últimas décadas, as autoridades médicas e sanitárias têm apontado o aumento de casos de “dependência do álcool” entre mulheres. Essa questão também tem chamado a atenção da mídia, preocupada em abordar o problema do “alcoolismo feminino” (BRASIL, 2007).

Assim, o uso de álcool sem controle é tratado sob a perspectiva médica-psiquiátrica, centrada nos *riscos*, com evidência nos aspectos fisiológicos e metabólicos que podem favorecer o desenvolvimento do alcoolismo feminino (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizada em 2003 mostra que o número de mulheres alcoolistas triplicou nos últimos anos a nível mundial. Havia aproximadamente dez milhões de pessoas com alcoolismo nos Estados Unidos, dos quais um terço eram mulheres. Atualmente, a quantidade de mulheres alcoolistas está aumentando tanto na América quanto na Europa Ocidental (BAUER, 2004).

No bojo dessas reflexões, autores como Hochgraf (1995), Nóbrega e Oliveira (2005), assinalaram a importância de se investigar as especificidades do alcoolismo feminino,

analisando questões relacionadas à mulher no espaço social. Suas descobertas sugerem a importância de considerar diferenças de gênero no alcoolismo, que se refletem no comportamento de beber de homens e mulheres; isto possibilitaria evidenciar algumas afirmações em torno do alcoolismo em mulheres, como no caso da invisibilidade nos serviços, e apontar para o quanto as peculiaridades do alcoolismo feminino podem interferir nas ações de saúde que envolve essa problemática, tornando-as mais efetivas.

Minayo (1998) destaca que a concepção de saúde-doença nas classes populares e grupos sociais não podem ser homogeneizados, pois ela é multifacetada e contraditória. Se, por um lado, ela reproduz a ideologia dominante segundo a qual o corpo feminino é feito para produzir, por outro, demonstra uma percepção ampliada da doença quando a situa dentro de um quadro mais geral que engloba a desorganização da pessoa e da ordem social.

Segundo Minayo (1998) as classes populares, tem entendimentos sobre homem, dentro de uma perspectiva de crença, incluem uma multiplicidade de conceito e idéias, o que implica em múltiplas estratégias no lidar com as situações cotidianas de suas vidas no que se refere a saúde/doença e sistemas alternativos de cura. E que a religião é uma das alternativas usadas pela classe popular com a visão do alcoolismo vício dentro da representação religiosa instalando a partir do habito e do costume que situa no campo moral. Desta forma encontra-se percepção diferenciada entre doença espiritual e doença física. As doenças físicas aquelas que apresentam perturbações orgânicas evidentes e as doenças espirituais o ligado às relações que a pessoa mantém com o divino.

Nesta linha de pensamento, Montero (1985) alega que a população combina diferentes alternativas terapêuticas, buscando dar conta das distintas dimensões da doença. Esta autora propõe, também, que as terapias populares são usadas como recurso de relativização do saber médico e de resistência das camadas populares à expropriação de seu saber sobre a saúde e a doença. Em estudo sobre as práticas terapêuticas na umbanda, ela discute como o saber religioso sobre a cura não se opõe diretamente à biomedicina, mas constrói sua legitimidade nos espaços onde a biomedicina encontra os seus limites.

Para Montero (1985) seria importante que os profissionais de saúde conhecessem mais profundamente o contexto sociocultural em que estão inseridos seus pacientes, e estivessem mais prudentes quanto às diferenças na linguagem, representações e códigos de leitura do corpo que se refletem no encontro terapêutico. Estudos antropológicos têm discutido como no diálogo com os profissionais de saúde, a população incorpora termos e conceitos médicos, realizando, no entanto, uma releitura dos mesmos segundo sua matriz cultural.

A implantação e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, tiveram como objetivo primordial a garantia do acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde. O SUS configura-se como “um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira” (BRASIL, 2004c). Ocorreu assim uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando à consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integral (BRASIL, 2004c).

No campo da assistência à saúde mental, desde a implantação do SUS até a aprovação da Lei 10.216/2001, inúmeras transformações das práticas e saberes, visando a garantir, aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas: a universalidade do acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando a territorialização do atendimento a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população, como assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho e educação.

Uma vez que o alcoolismo afeta homens e mulheres de distintas maneiras e por diferentes razões, envolvendo diversos contextos e circunstâncias, exige-se que a política de saúde privilegie as necessidades específicas dos usuários, pois seus modos de pensar e agir muitas vezes não corresponde às expectativas dos profissionais de saúde. Esse fator, aliado a outros, pode dificultar a adesão das alcoolistas ao tratamento, por não se sentirem acolhidas em suas diferenças; além disso, pode dificultar a que os profissionais adiram a ações preventivas ou de promoção (BRASIL, 2004b).

No campo desta pesquisa, espera-se contribuir para identificar elementos para subsidiar a construção de projetos terapêuticos singulares para mulheres alcoolistas, que com suas características e particularidades demandam a implementação de estratégias específicas de contato e de vínculo, que englobem as dimensões de promoção, prevenção e reabilitação, tendo em vista que o uso abusivo e crescente de álcool afeta diretamente o exercício dos diversos papéis atribuídos às mulheres, notadamente na maternidade, no casamento e no trabalho. Conhecer como se dá esta realidade, por meio do relato das próprias mulheres, pode ser útil para desvendar o comportamento feminino quanto ao uso de álcool.

Participaram do estudo mulheres com diagnóstico de alcoolismo estabelecido, entendendo-o como doença crônica com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e suas manifestações. A doença é comumente

progressiva, fatal e caracterizada pela falta de controle sobre o consumo da bebida alcoólica, a ansiedade pelo uso, as implicações adversas para a saúde, além de causar distorções no pensamento. Cada um destes sintomas pode ser contínuo ou periódico (NARDI; NUNES, 2000).

Espera-se que a compreensão do alcoolismo sob uma perspectiva multifatorial possibilite uma readequação nas condutas assistenciais adotadas, de forma a atender especificidades individuais e de grupos formados por mulheres usuárias de álcool, em distintos contextos socioculturais.

Para isto, a teoria das representações sociais foi utilizada, como sendo uma forma de conhecimento que é elaborado cotidianamente pelo indivíduo e que tem, ao mesmo tempo, origem e consequência na produção de comportamentos e na comunicação entre indivíduos.

Para compreender como as mulheres lidam com o alcoolismo em seu cotidiano e como a doença afeta as várias dimensões de suas vidas, nortearam o estudo à seguinte pergunta: qual o significado do alcoolismo para as mulheres e como enfrentam esse fenômeno? Assim, o estudo objetivou compreender como as mulheres alcoolistas recifenses interpretam suas experiências e guiam suas ações em relação ao alcoolismo no contexto sócio cultural em que vivem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As reflexões teóricas deste estudo, utilizadas para apoiar a compreensão do objeto e sua análise, estão organizadas em capítulos e se situam em torno de uma revisão sobre Alcoolismo, Etiologia do Alcoolismo, Gênero e Alcoolismo, Teoria das Representações Sociais na Perspectiva de Gênero, a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a busca do Caminho Terapêutico para o enfrentamento do alcoolismo feminino.

2.1 Alcoolismo

O uso de álcool cresceu- se muito na história do homem, de acordo com o período e a população observada; hoje, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o alcoolismo é um problema de alta prevalência no Brasil e no mundo (BRASIL, 2007).

Estudos nacionais recentes demonstram que a idade da primeira experiência com o álcool está reduzindo, e o padrão de consumo para o beber exagerado ou estado de embriaguez, aumentando equivalente ou acima de quatro doses para as mulheres e cinco doses para os homens, independentemente do sexo, classe social ou nacionalidade. Os dados revelam a necessidade de uma abordagem mais abrangente sobre as consequências deste padrão de consumo, bem como na manifestação e desenvolvimento do alcoolismo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2005; UCHÔA, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (2002) aponta o consumo excessivo de álcool como sendo responsável por mais de 10% dos problemas de Saúde Pública no Brasil, e o alcoolismo como a terceira maior doença, perdendo apenas para os males do coração e os tumores. O estudo revelou, ainda, que comportamento de beber entre as mulheres vem se alterando para um consumo mais elevado, aproximado do padrão de consumo masculino, o qual historicamente sempre foi mais significativo nos diferentes contextos culturais (BRASIL, 2007).

Apesar do desconhecimento da maioria das pessoas, o álcool é uma droga psicotrópica: atua no sistema nervoso central, provocando alterações de comportamento, podendo levar à dependência. O motivo de o álcool ser encarado de forma diferenciada, quando comparado às demais drogas, é que o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e, não raro, incentivado pela sociedade (CARLINI *et al.*, 2006).

Classificado como uma droga depressora reduz a estimulação fisiológica, diminui a tensão psicológica e ajuda o indivíduo a relaxar. Segundo Holmes (2001), o álcool provoca um efeito enaltecendor, que deprime os centros inibidores do cérebro, fazendo com que o indivíduo se torne mais expansivo e menos inibido. Entretanto, à medida que o nível de intoxicação aumenta, o efeito depressor torna-se mais dominante, reduzindo a atividade nas áreas do cérebro que são responsáveis pela estimulação, ou seja, a sedação e o sono se estabelecem. Também compromete a visão o equilíbrio, e reduz o controle muscular, de forma que a fala fica enrolada e a coordenação reduzida. Prejudica também a concentração e o julgamento, abrindo espaço para tomadas de decisão equivocadas e/ou não desejadas.

O uso crônico e sem controle do álcool provoca um transtorno chamado alcoolismo, que acarreta problemas físicos, psicológicos, ocupacionais, sociais e familiares. Apenas a partir do século XVIII, o alcoolismo começou a ser considerado na área de atuação médica, sendo antes desse período tido como uma fraqueza de caráter (NARDI; NUNES, 2000).

Conforme Kaplan (1984), o alcoolismo tem sido considerado uma perturbação crônica de comportamento, manifestada pelo consumo excessivo e prolongado de álcool, que interfere na saúde, no funcionamento social e econômico da pessoa. Para Gitlow e Peyser (1991), o alcoolismo é uma doença marcada pela ingestão repetitiva e compulsiva de álcool, que pode resultar na influência em algum aspecto da vida do alcoolista, seja na saúde, no estado civil, na carreira, nos relacionamentos interpessoais ou em outras adaptações sociais necessárias. Como qualquer doença, o alcoolismo representa uma disfunção ou inadequação às necessidades da vida diária.

Nardi e Nunes (2000) propuseram que o alcoolismo caracteriza-se por três padrões principais de utilização patológicas: necessidade de uso diário de álcool; ingestão regular e pesada de bebidas alcoólicas (limitada aos finais de semana); e longos períodos de abstinência intercalados com períodos de uso excessivos que duram de semanas a meses. Esses padrões abrangem comportamentos como:

- a) Incapacidade de reduzir ou parar de beber;
- b) Esforço repetitivo para controlar ou reduzir a ingestão alcoólica;
- c) Episódios de intoxicação;
- d) Empobrecimento do repertório;
- e) Períodos amnésicos nas situações que ocorreram durante a intoxicação aguda;
- f) Ingestão continuada, mesmo tendo conhecimento de haver um transtorno que se potencializa com a ingestão de álcool;

g) Ingestão de álcool não apropriado para consumo, como perfumes ou substâncias industriais.

Há uma grande diversidade de bebidas alcoólicas produzidas tanto pela fermentação como pela destilação de vegetais, como a cana de açúcar, frutas ou grãos, com quantidades diferentes de álcool em sua composição, conforme o quadro abaixo (BRASIL, 2007).

Quadro1: Quantidade de álcool (etanol) existente em alguns tipos de bebidas alcoólicas

Tipos de Bebida	Porcentagem de Álcool (Etanol)
Cerveja “Light”	3,5%
Cerveja ou cooler	4,5% a 6,5%
Vinho	12%
Vinhos Fortificados	20%
Uísque, Vodca, Pinga	40%

Fonte: Brasil (2007)

A influência do álcool no organismo está relacionada tanto à frequência da ingestão, ao tipo de bebida ingerida, à quantidade de álcool ingerido, a características pessoais de sensibilidade dos tecidos e órgãos e à velocidade de metabolização do álcool.

De acordo com Novaes *et al.*(2000), o alcoolismo feminino continua sendo um assunto estigmatizado, gerando prejuízos mais graves às mulheres do que aos homens, pelo fato de que o impacto na saúde física da mulher ocorre com menor uso de doses de álcool ingeridas do que as toleradas pelos homens. No sexo masculino, o risco de desenvolver uma cirrose, por exemplo, acontece entre 10 a 15 anos após o início da patologia; já no sexo feminino, essa média cai para cinco anos.

2.2 Etiologia do alcoolismo

Os principais estudos sobre dependência de álcool sugerem que o alcoolismo é uma doença multifatorial, causada por fatores psicossociais. Não há uma resposta simples e única para o porquê de uma pessoa tornar-se dependente de alguma droga psicotrópica após iniciar seu uso.

Para Kaplan (1984), as causas precisas do alcoolismo continuam em debate. O que se sabe é que não é uma doença unitária, mas sim um grupo de perturbações com um curso comum final manifestado através da dependência alcoólica. Segundo Carlini *et al.*, (2006), os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, sociocultural ou ainda, ser uma resultante de todos esses fatores.

Entre os fatores biológicos, há hipóteses de que a genética poderia predispor à dependência. Estudos realizados demonstraram que filhos adotivos de pais biológicos alcoolistas têm maior probabilidade de desenvolver o alcoolismo que filhos adotivos de pais biológicos não alcoolistas. Mesmo quando os filhos de pais biológicos não alcoolistas são adotados em lares de alcoolistas, não mostraram taxas mais elevadas de problemas com o álcool. No entanto, não existe evidência de que tipo de característica é de fato herdada e como esta predispõe à dependência (LOUZÃ NETO *et al.*, 1995).

Em relação aos fatores socioculturais, há a hipótese de que o meio social, influenciado pelo comportamento do ciclo de amigos ou relacionamentos seja um aspecto importante para o usuário, no que diz respeito à motivação para o uso de álcool (LOUZÃ NETO *et al.*, 1995).

O ambiente familiar também é visto como parte importante na determinação do consumo do álcool. Dessa forma, o alcoolismo está consistentemente associado com a negligência, o distanciamento emocional, a rejeição dos pais e a tensão familiar. Mulheres alcoolistas referem a rejeição e os desencadeantes estressantes para o início do uso de álcool (HOCHGRAF, 1995; PILLON; LUIZ, 2004).

A problemática do álcool é vista como resultado de fatores sociais, tais como: o desemprego, a privação social e outros. Esses fatores podem ter efeitos importantes sobre o início e o uso continuado da substância pelo indivíduo. Também influenciariam diretamente na opção individual de usar ou não essa substância, o sexo, a idade, a religião, a etnia, as condições socioeconômicas e o ambiente familiar (PILLON; LUIZ, 2004).

De acordo com Hochgraf (1995) a história familiar de alcoolistas está associada com as altas taxas de abuso físico e sexual na infância. Mulheres viciadas em álcool chegam a ter quatro vezes mais histórias de abuso sexual na infância do que homens alcoolistas.

Os fatores psicológicos desempenham um importante papel causal no desenvolvimento do alcoolismo, visto que os alcoolistas apresentam uma vasta gama de psicopatologias, de variável gravidade. Os fatores psicológicos proporcionam expressivamente mais depressão, angústia, sentimentos e atos agressivos, tendências e pensamentos paranóicos, baixa autoestima, entre outros (KAPLAN, 1984).

Mulheres alcoolistas apresentam um déficit na autoestima, que se traduz em problemas observáveis de motivação, comportamento e ansiedade. Desta maneira, revela-se que as comorbidades mais frequentes dizem respeito às psiquiátricas: transtornos ansiosos (fobia social, fobia simples e transtorno de estresse pós-traumático) e transtornos de humor (depressão e mania). E os homens revelam diagnóstico significativo de transtornos de personalidade do tipo anti-social (PILLON; LUIZ; 2004; NOBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Para Masur (2004), um conjunto de importantes teorias parte da premissa de que as pessoas começam a beber, bebem abusivamente ou permanecem alcoolistas porque o álcool, de algum modo, reforça ou recompensa o seu comportamento por meio da indução de prazer, remoção de desconforto, aumento da interação social, além de preenchimento da necessidade de se sentir poderoso ou, por outro lado, ajudá-los a se autodestruir ou abolir lembranças desagradáveis.

Os padrões de gênero, socialmente construídos, afetam diretamente o comportamento do uso de álcool em ambos os sexos, uma vez que a decisão pelo consumo, não consumo ou consumo exagerado está geralmente relacionada a certos valores. Múltiplos fatores socioculturais têm influência nestes novos padrões do consumo de álcool na população em geral, como a migração, a urbanização acelerada e a globalização (WILSNACK *et al.*, 1994).

2.3 Gênero e alcoolismo

É difícil descobrir na ampla literatura sobre alcoolismo feminino, qualquer estudo feito sobre a mulher alcoolista antes dos anos 1960. Muitas publicações deixam de esclarecer que as conclusões são baseadas em amostragens apenas masculinas, não se preocupando com diferenças de consumo entre os sexos. No entanto, a literatura atual avançou muito em relação a investigar as desigualdades de gênero e as suas particularidades (SANCHES *et al.*, 2003).

Embora já na metade do século XVIII o alcoolismo tenha sido considerado doença, e a toxicomania tenha sido definida no século XIX, os estudos realizados desde então enfatizavam o uso de álcool pelos homens (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

Uma explicação provável para esse fenômeno é o preconceito. Estereótipos de maior agressividade, tendência ao isolamento, falhas no cumprimento do papel familiar são mais comumente associados às mulheres do que aos homens dependentes de alguma droga psicotrópica (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

De acordo com pesquisa realizada há 30 anos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para cada 20 homens com alcoolismo havia apenas uma mulher com o mesmo

diagnostico no Brasil. Em 2001, de acordo com estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), havia uma mulher para cada três homens com diagnostico de alcoolismo, nas 108 maiores cidades do país - revelando um aumento importante do número de mulheres alcoolistas em um curto período de tempo (CARLINI *et al.*, 2002).

Segundo Nóbrega e Oliveira (2005), a visão da sociedade frente ao alcoolismo feminino é bastante agressiva. A mulher é considerada mais imoral, com comportamento inadequado, sofre com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menos frequência do que os homens, acarretando mais comprometimentos ao longo do uso.

Conforme essas autoras, a perda do apoio social pelas mulheres usuárias de álcool acontece mais rapidamente, devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem. A pressão social para iniciar o consumo do álcool é menor, em detrimento de uma maior pressão para parar o uso de bebidas exagerada. O julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo mais rigoroso.

Há indicações de que pessoas de ambos os sexos manifestam intolerância em relação à dependência alcoólica feminina. Também, entre mulheres alcoolistas a atitude expressada é de aversão. Mulheres que apresentam problemas com álcool é objeto de julgamento por parte da sociedade. São “mal vistas”, percebidas como renunciando dos papéis de esposa e mãe, e como entregues à promiscuidade sexual (EDWARDS *et al.*, 2005; GITLOW; PEYSER, 1991).

Tais percepções, errôneas com frequência, transparecem nas atitudes de alguns profissionais de saúde, que vêem tais mulheres como pessoas com desvio de personalidade particularmente inacessível. Um relatório sobre atitudes dos médicos em relação a mulheres alcoolistas observa que o médico acredita que a mulher com alcoolismo é mais doente do que o homem com o mesmo diagnóstico (EDWARDS *et al.*, 2005; GITLOW; PEYSER, 1991).

Segundo Simão, Kerr-Correa e Dalben (2002) permanecem opiniões de que o sexo feminino controla a ingestão de bebidas alcoólicas, no qual fariam com que o diagnóstico de alcoolismo fosse feito mais tardiamente que no homem. Outros fatores seriam as dificuldades da equipe de saúde em investigar, ou mesmo considerar relevante o uso de bebidas alcoólicas nesse grupo. Provavelmente, mesmo diante de conseqüências físicas, psíquicas e/ou sociais decorrentes do alcoolismo, os profissionais não conseguem estabelecer as correlações; em geral, têm muita dificuldade de diagnosticar alcoolismo em mulheres. O estudo realizado pelos autores acima citados revelaria certa negligência em se abordar o problema, tendo

verificado que o alcoolismo feminino foi ignorado entre 30% a 93% das pacientes internadas que relataram fazer uso de álcool.

O preconceito da população em geral e das próprias mulheres alcoolistas, bem como a relutância dos médicos em lidar com o alcoolismo feminino acaba por dificultar o acesso aos centros de diagnóstico e tratamento. Têm-se, assim, mulheres envergonhadas, que procuram ajuda indiretamente, com queixas vagas sobre a saúde física e/ou psíquica, escondendo seu principal problema (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Novaes *et al.* (2000) e Zilberman (2005) a identificação do alcoolismo feminino nos atendimentos primários de saúde parece ser deficiente, revelando despreparo das equipes. Nas raras ocasiões em que são diagnosticadas, terminam por ser encaminhadas a serviços de atendimentos a dependentes alcoólicos, nos quais predominam pacientes homens e suas necessidades. Com isso, apenas 2% das mulheres com alcoolismo procuram tratamento versus 8% dos homens.

Segundo Kaplan (1984), a alteração do papel social das mulheres tem sido sugerida como possível razão para o aumento do consumo de álcool pelas mulheres. Nóbrega e Oliveira (2005) postulam que esse crescimento esteja associado com a entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida política, ou seja, na vida pública e no processo de poder escolher.

As mulheres, em geral, começam a beber com maior frequência a partir da ocorrência de eventos vitais significativos como: a morte de um cônjuge ou uma separação. Em relação à idade de início de uso sem controle, elas começam a beber mais tardiamente que os homens, porém apresentam-se ao tratamento com a mesma idade, sugerindo um curso mais rápido para a instalação de dependência de álcool (BAUER; 2004; HOCHGRAF, 1995). Para Nóbrega e Oliveira (2005), mulheres usuárias de álcool atribuem maiores significados do uso a eventos internos, diferentemente dos homens, que atribuem a eventos relacionados ao trabalho. Além disso, elas são potencialmente mais sensíveis aos assuntos relativos às questões domésticas e às suas vidas íntimas.

Segundo Bauer (2004), o desenvolvimento do alcoolismo em mulheres passa por diferentes caminhos daqueles percorridos pelos homens. Biologicamente, elas são menos tolerantes ao álcool do que os homens, e atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas com as mesmas doses. Isso acontece devido à menor quantidade de água corporal, em detrimento de maior quantidade de gordura; associados a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool, implicam no fato de que as mulheres precisam da metade da dose ingerida pelos homens para se intoxicarem, sempre levando em conta seu peso e a altura.

Para Bauer (2004), embora comecem a beber sem controle mais tardiamente que os homens, a forma como metabolizam o álcool parece deixar as mulheres em risco de desenvolver complicações físicas mais precocemente que os homens. Segundo Hochgraf (1995), as complicações físicas mais frequentes são hemorragia gastrointestinal, cirrose hepática, prejuízo cognitivo, hipertensão e desnutrição. O beber excessivo e crônico é ainda associado com a inibição de ovulação, infertilidade e diversos problemas ginecológicos e obstétricos.

Como consequência do alcoolismo, homens apresentam, em geral, principalmente problemas legais e ocupacionais. As mulheres, por outro lado, têm mais problemas físicos e familiares. Ambas as categorias de problemas levam, por diferentes razões, homens e mulheres a procurarem tratamento (HOCHGRAF, 1995).

Segundo Nóbrega e Oliveira (2005), em relação aos comprometimentos sociais decorrentes do consumo de álcool, destacam-se as agressões verbais no contexto familiar, tanto nas relações com o companheiro como também na relação com filhos e outros familiares. A idéia de complicação social frequentemente implica fracasso em cumprir adequadamente um papel social esperado. A mulher assume diversos papéis na sociedade, tais como mãe, filha, esposa e profissional, que podem sofrer interferência importante decorrentes do uso excessivo de álcool, levando a prejuízo no desempenho desses papéis.

Hochgraf (1995) enfatiza que há um maior número de mulheres do que de homens alcoolistas com histórico de tentativa de suicídio; maior inclusive do que entre a população feminina em geral. Para a autora, a relação entre alcoolismo e tentativa de suicídio está ligada não só a transtornos afetivos, como também à erosão das redes sociais, prejuízo das relações interpessoais e distúrbios do controle de impulso.

Homens e mulheres portadores de alcoolismo diferem na forma de fazer uso de álcool. Enquanto homens geralmente são freqüentadores de bares, as mulheres preferem beber sozinhas em casa, o que diminui a probabilidade de ver descoberto o seu uso de álcool e aumenta o risco de isolamento social. Mulheres enfrentam uma série de barreiras para chegar e permanecer no tratamento: estruturais (falta de creche para seus filhos, apoio psicológico e ajuda legal) pessoais (falta de emprego e independência financeira, atitudes pouco favoráveis dos profissionais de saúde) e sociais (oposição de familiares e amigos, estigma social) entre outros (EDWARDS, et al., 2005; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

Percebe-se que os homens recebem mais apoio familiar, enquanto as mulheres recebem mais apoio de amigos para procurarem tratamento para o alcoolismo. A literatura ressalta que

a participação de um familiar no tratamento é apontada como fator importante tanto para o homem como para a mulher, no sentido do fortalecimento da motivação (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Hochgraf e Brasiliano (2004) defendem a abordagem em programas de tratamento do alcoolismo exclusivamente femininos, pois as mulheres apresentam quadros peculiares que dizem dos marcadores de gênero, necessitando de abordagens distintas para se recuperarem. Dessa forma, os programas de tratamento que atendem necessidades das mulheres usuárias de álcool, separadamente dos homens, obtêm melhores resultados. Mesmo sabendo-se que, em geral, há interação entre homens e mulheres nos atendimentos em grupo, os interesses dos homens predominam, especialmente quando as mulheres são em menor número, o que geralmente acontece em tratamento para dependência alcoólica.

Hochgraf (1995) demonstrou que as mulheres com alcoolismo tiveram evolução significativamente melhor em serviços de tratamento específicos para mulheres. Acredita-se que isso ocorreu pela possibilidade de elas verem suas necessidades atendidas e não se sentirem criticadas ou obrigadas a compartilhar suas dificuldades com os homens. Poderiam chegar a esses tratamentos específicos com menor dificuldade do que aos tratamentos tradicionais, e que acabariam procurando tratamento mais cedo.

Sendo assim, para se chegar a melhores resultados, se faz necessário que sejam desenvolvidos programas específicos para as mulheres. Isto significa desenvolver e implantar estratégias integradas, que sejam particulares e responsivas às necessidades de gênero, o que é diferente de apenas transformar em “só para mulheres” com a visão do serviço desenhado e implantado para os homens.

Serviços que ofereçam assistência psicológica, psiquiátrica, social e atendimento familiar em programas exclusivamente femininos terão maior chance de serem bem sucedidos. Profissionais que trabalhem questões ligadas à autoestima e ao corpo, grupos de terapias só de mulheres, nos quais possam ser discutidas questões afetivas e interpessoais, são meios indicados como tendo melhores resultados para o tratamento do alcoolismo feminino (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

2.4 A teoria das representações sociais na perspectiva de gênero

As representações sociais (RS), situadas na interface entre o psicológico e o social, podem ser percebidas como formas de conhecimentos elaborados e compartilhados

socialmente, que contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a compreensão e a comunicação do sujeito no mundo (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003). Estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que norteiam as condutas no dia-a-dia das relações sociais e se manifesta através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. É o senso comum, socialmente construído e partilhado (JELLINEK, 1960).

As representações sociais são, ao mesmo tempo, individuais e sociais. As respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha experiências e vivências da sua vida pessoal, e os pronunciamentos semelhantes revelam certo nível de generalização, uma forma de pensar coletiva sobre um mesmo assunto (JODELET, 2001). Isto denota o dinamismo da teoria e sua potencialidade para criar e transformar a realidade social.

Estudar as representações sociais é identificar a “visão de mundo” que os indivíduos ou grupos têm e empregam na forma de agir e se posicionar. Segundo Abric (1998), de acordo com a teoria das Representações Sociais, toda realidade é representada, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores e dependente de seu contexto sócio histórico e ideológico. Ao explorar as representações sociais, destacando o seu caráter processual, estamos enfatizando o processo de construção do conhecimento.

Como afirma Moscovici (2003, p.43):

Quando estudamos representações sociais nós estudamos o ser humano, enquanto ele faz perguntas e procura respostas ou pensa e não enquanto ele processa informação, ou se comporta. Mais precisamente enquanto seu objetivo não é comportar-se, mas compreender.

Cruz *et al.* (2005) realizaram um estudo comparativo entre estudantes das áreas jurídica e de saúde, de ambos os sexos, na Universidade Federal da Paraíba, visando a investigar representações sociais sobre o alcoolismo. Os resultados focalizaram que, em ambos os grupos, a origem da dependência do álcool é explicada por aspectos psicológicos do interior do próprio sujeito, e que a sociedade contribui para esse problema.

Entre os estudantes de saúde, a origem do alcoolismo é atribuída ao fator biológico; já para os das ciências jurídicas, o alcoolista é descrito como um dependente, doente e fraco, podendo chegar a cometer crimes. Os resultados da pesquisa apresentam elementos consensuais para as categorias estudadas, mas apontam também para particularidades que se

contrapõem, a depender da perspectiva profissional que se toma como fundamentação para a construção das representações.

Em se tratando de representações sociais do alcoolismo, tomando como referência profissionais da área de humanas e saúde, Barros, Gontíes, Coutinho e Araújo (2005) destacam em sua pesquisa a categoria *tratamento do alcoolismo*, na qual, para a área de saúde, a subcategoria que apresenta maior percentual é o *tratamento médico*, ao passo que para a área de humanas é o *tratamento psicológico*. Para ambos, os grupos de ajuda mútua formam a terceira subcategoria, e a última subcategoria a que os sujeitos participantes se referem é o tratamento sócio-educativo.

Marques, Santos e Veloso (2005) compararam representações do alcoolismo entre dependentes de álcool internados em um centro de recuperação e uma clínica psiquiátrica, ambos no Estado da Paraíba. A pesquisa sugere que estes sujeitos representam o alcoolismo como uma doença, vinculando-o com a solidão, tristeza, à vontade incontrolada, à morte, podendo provocar perdas, tentação, derrota, castigo e doença mental. No que se refere às causas da dependência, a grande maioria atribuiu a fatores externos, associando-as a problemas vividos na família e às amizades. No entanto, não foram estudados especificidades de gênero ou outros fatores que possam ter interferido no uso abusivo do álcool.

Constituir uma conexão entre a perspectiva de gênero e as representações sociais, no caso específico do consumo de álcool, implica em pensar na percepção da natureza humana. Natureza esta que não se dá apenas por uma determinação biológica, mas, sobretudo, por uma construção social, histórica e cultural. Tal concepção constitui a base da perspectiva de gênero compreendida como um sistema de signos e símbolos que denota relações de poder e hierarquia entre os sexos e no interior de relações do mesmo sexo (MENÉNDEZ, 1982). Portanto, uma relação de natureza assimétrica se realiza culturalmente, por ideologias que tomam formas específicas em cada momento histórico (MINAYO, 1998).

A atitude histórica, dinâmica e plural atribuída ao conceito de gênero, decorrente da sua construção social, evidencia a vivência de diversificações nas compreensões de masculino/feminino e homem/mulher entre sociedades distintas, e até mesmo dentro de uma mesma sociedade (MINAYO, 1998).

Embora muitas pessoas ainda empreguem os termos sexo e gênero como sinônimos, trata-se de dois conceitos que se referem a aspectos distintos da vida humana. Sexo se estabelece ao nascimento, com base nas características da genitália externa e diz respeito à procriação, à reprodução biológica. Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos (JARDIM, 2003).

O sexo biológico com o qual se nasce não determina, em si mesmo, o desenvolvimento posterior em relação a comportamentos, interesses, estilo de vida, tendências das mais diversas, ídolos, responsabilidades ou papéis a serem desempenhados e nem características de personalidade. Conforme Lane e Codo (1997), esse desenvolvimento seria determinado pelo processo de socialização, outros aspectos da vida em sociedade e em decorrência da cultura. Os seres humanos têm diferenças sexuais, e esses aspectos de diferenciação física são vivenciados simbolicamente nas sociedades humanas, ou seja, são vividos como gênero. Enquanto as diferenças sexuais são físicas, as diferenças de gênero são socialmente construídas.

Para Aguiar (1997) o termo “sexo” seria empregado apenas para falar da diferença biológica entre macho e fêmea, e “gênero” seria marcado para referir às construções sociais, culturais e psicológicas que se impõem sobre essas diferenças biológicas. Gênero designa um conjunto de categorias que variam de uma linguagem a outra, de uma cultura a outra, na maneira em que ordenam experiência e ação.

As relações entre homens e mulheres são baseadas essencialmente em mitos construídos ao longo da história, os quais são inferioridade/subordinação feminina e superioridade/dominação masculina, apontando relações desiguais entre os sexos. A mulher vem, historicamente, sendo entendida como de natureza reduzida ao seu destino biológico, à opacidade, ao mistério e à esfera privada; o homem vem sendo compreendido como eminentemente criador, inovador e agente de transformações, preparado a enfrentar a esfera pública. Assim, tem-se o mito masculino de “vigor sexual” e “eficiência social”, na qual a visibilidade foi historicamente cultivada como um valor dado e estático (PRETTO, 2004).

As mulheres são historicamente significadas como sensíveis, emotivas, delicadas e como tendo funções ligadas à maternidade e aos cuidados. Já os homens são historicamente relacionados à idéia de força, virilidade, “caçadores” - quando lhes é ensinado a valorizar a frequência, quantidade e variedade de relações sexuais (PRETTO, 2004). O conceito de gênero, ao enfatizar as relações sociais entre os sexos, admite a apreensão das desigualdades entre homens e mulheres, que envolvem como um de seus componentes centrais desigualdades de poder (FARAH; PRETTO, 2004).

Toda sociedade, além de contar com um modo de produção, possui um sistema de gênero, ou seja, um conjunto de arranjos por meio dos quais a sociedade transforma a biologia sexual em produtos da atividade humana e dos quais essas necessidades transformadas são satisfeitas. Esse sistema inclui divisão sexual do trabalho e definições sociais para os gêneros e os mundos sociais que estes conformam (FARAH, 2004).

A hierarquia de gênero descreve uma situação cujo poder e o controle social sobre o trabalho é associado à masculinidade, ou seja, os homens detêm o poder e as mulheres são subordinadas. Pessoas do sexo masculino ou feminino podem desempenhar papéis, pelos quais o poder pode ser exercitado, mas eles permanecem visto como papéis masculinos. Em virtude de ser simbolicamente masculina, a discriminação contra as mulheres gerada por esses papéis recebe reforço ideológico (FARAH, 2004).

Ao analisarem a relação entre gênero, álcool e cultura, autores como Farah (2004) e Wilsnack (2005) sugerem algumas especificidades das representações sociais para explicar os diferentes padrões de consumo entre os sexos, que podem ser apresentadas como:

- a) Relação de poder: suposição para esclarecer por que homens e mulheres diferem em seus comportamentos de beber. Os autores argumentam que o consumo de álcool simboliza aumento de poder dos homens sobre as mulheres. O consumo de álcool em larga quantidade tem sido brasão de superioridade masculina, é algo excepcional que os homens guardam para eles mesmos, mas que é negado às mulheres. Desta forma, o aumento do beber entre as mulheres no mundo poderia estar ancorado na suposição das mudanças sociais que aceitaram as mulheres desempenharem outros papéis antes apenas indicados para os homens;
- b) Sexualidade: tanto homens como mulheres podem ser estimulados a beber pela crença de que o álcool influencia um ótimo desempenho sexual. Essas probabilidades, culturalmente falando, tendem a exercer mais influência sobre os homens que sobre mulheres;
- c) Exibição e exposição a situações de risco: supõe que os homens bebem mais que as mulheres porque na maioria das vezes estão mais predispostos ou mais motivados a se expor a situações de risco. A exibição é enfrentada como teste de masculinidade e a não exibição, como teste de feminilidade pelas diferentes culturas;
- d) Responsabilidades sociais: homens e mulheres são comprometidos diferentemente no que se refere a responsabilidades sociais. Homens bebem pesadamente porque este comportamento contribui para ignorar as responsabilidades sociais tais como encobrir a necessidade social de também adotarem papeis domésticos. Por outro lado, as responsabilidades que de regra são assumidas pelas mulheres, particularmente em casa, podem ser a causa das mulheres limitarem seu beber, mais que os homens.

No entanto, Geertz (1978, p.21) propõe que a representação simbólica da cultura “é um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações”. Dessa forma, destaca-se o estudo do próprio discurso das mulheres sobre Alcoolismo feminino no contexto sociocultural em que as mesmas estão inseridas como fonte de informação das representações sociais que podem integrar o processo saúde-doença.

O presente estudo utilizará a teoria das representações sociais dentro de sua perspectiva processual, em que é considerada a relação dialética entre o social e o individual. A teoria parte da diversidade dos indivíduos, atitudes, fenômenos e tem como propósito, segundo Moscovici (2003), achar como indivíduos e grupos podem construir um mundo estável e previsível partindo de tamanha variedade.

2.5 Reforma psiquiátrica no Brasil

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à eclosão do movimento sanitário nos anos 1970. Sua luta centrava-se nas mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (AMARANTE, 2007).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças, pela superação da violência asilar. Fundado no final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica brasileira abraçou a luta antimanicomial, inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização proposta por Franco Basaglia, psiquiatra. Ele considerava que apenas a Psiquiatria não era capaz de responder pelo fenômeno complexo que é a loucura. Trata-se de um processo de questionamento e revisão dos vários conceitos e dispositivos jurídicos e legais, que vão desde a legislação referente à organização dos serviços até as legislações profissionais. Principalmente, dos conceitos e instrumentos referentes aos

direitos civis e políticos dos usuários, tanto nos serviços quanto na sociedade como um todo, numa nova abordagem democrática e participativa inspirada na inclusão, na solidariedade e na cidadania (GUIMARÃES, 2007).

Em meio à conjuntura pela busca de ampliação e efetivação de direitos sociais na década de 1980, a luta antimanicomial encontra respaldo no campo legislativo e normativo, por meio do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), apresentado ao Congresso Nacional em 1989. O documento propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É diante da sanção e promulgação da Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado), em 2001, que a política de saúde mental passa a ser redirecionada, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2003).

A Reforma Psiquiátrica desencadeou o processo de criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituições destinadas a acolher usuários com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em iniciativas de busca pela autonomia, bem como oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Os CAPS têm como característica fundamental desenvolver estratégias para integrá-los ao ambiente social e cultural concreto (MARCHI, 2005).

Desde então, o país passou a investir na reestruturação de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios, composta pelos: Programa de Volta para Casa, Residências Terapêuticas, Hospital-dia e os CAPS, que são classificados como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS-i e CAPS-ad, a depender das suas características operacionais.

Quadro 2 Organização dos tipos de CAPS

Organização dos tipos de CAPS	
CAPS I:	Em municípios com população de 20.000 a 70.000 habitantes. Funciona das 08 às 18 horas, de 2ª a 6ª feira.
CAPS II:	Em municípios com população de 70.000 a 200.000 habitantes. Funciona das 08 às 18 horas, de 2ª a 6ª feira, e pode ter terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPS III:	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 08 às 18 horas, de 2ª a 6ª feira e pode ter terceiro período; funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPS-i:	(para a infância e adolescência). Em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 08 às 18 horas, de 2ª a 6ª feira, e pode ter terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPS-ad:	Municípios com população acima de 70.000 habitantes. Funciona das 08 às 18 horas, de 2ª a 6ª feira e pode ter terceiro período, funcionando até 21 horas.

Fonte: Brasil (2007)

Dentre esses, o CAPS-ad se insere como serviço especializado de atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas. Para o Ministério da Saúde, se constitui em serviço gratuito, que atende a usuários jovens, adultos e idosos, de ambos os sexos, com transtornos mentais e comportamentais ligados ao uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

No entanto, até 2002 a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Predominavam as “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma. Somente a partir de 2003 o Brasil reviu a necessidade de mudança da Lei 6.368/76 que, com viés persecutório e criminalizador do usuário, era demasiado ineficiente (KARAM, 2007).

A preocupação em relação ao uso de drogas se expandiu por todo o mundo, entretanto, no Brasil, é só na virada para o século XX que se percebe a problemática das drogas como questão social, onde vários atores, dos mais diferentes setores da sociedade, passam a se ocupar do problema. É importante destacar que até o final da década de 1990, no Brasil, as

peessoas que sofriam transtornos mentais, decorrentes do uso de drogas, eram internadas em clínicas psiquiátricas, sendo submetidas, junto aos doentes mentais, às mais diversas formas de violência (SARACENO, 2001).

Estabelecendo uma política nacional sobre o cuidado às pessoas com dependência de drogas, que assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, a Lei 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas-(SISNAD), que prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crime e dá outras providências (KARAM, 2007).

Vale salientar que os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), foram lançados oficialmente pelo Ministério da Saúde apenas em 2004, tendo como fundamento a diretriz clínica-política da Redução de Danos. Os CAPS-ad incluem como objetivo trabalhar em rede com outros serviços de assistências à saúde, de educação, de cultura, de assistência social e diretamente com a comunidade (BRASIL, 2008).

O modelo do CAPS-ad segue a lógica de territorialização, com a proposta de uma convivência junto à comunidade e à família - ferramentas fundamentais para a política de cuidado, de reinserção social e o respeito à cidadania aos usuários com dependência química (BRASIL, 2008).

O atendimento no CAPS-ad é realizado por equipe interdisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas, sendo eles: assistentes sociais, enfermeiros, pedagogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, arte educadores e técnicos de enfermagem. O usuário, ao ser acolhido no serviço, passa por atendimento médico, psicológico, ações do serviço social, além de outras atividades como: trabalhos manuais, atividades físicas, grupos de família, coral, oficinas informativas, palestras, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, autocuidado, artes, momentos de lazer, alfabetização, jogos e recreação; ainda, relaxamento e música sob a perspectiva de minimizar os danos provocados pelo abuso das drogas (BRASIL, 2008).

Um dos objetivos do CAPS-ad é o atendimento diário à população que apresenta transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias químicas, como o álcool e outras drogas. Os CAPS-ad possuem leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação para pacientes que não necessitam de tratamento hospitalar (BRASIL, 2008).

Segundo Amarante (2007) os CAPS-ad passaram a ser considerada a principal estratégia de tratamento, bem como a estratégia de redução de danos; ambos tidos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde. Esses dispositivos

passaram a ser implantados, principalmente em grandes regiões metropolitanas com indicadores epidemiológicos relevantes, assim como várias experiências de manejo dos problemas de álcool e outras drogas na atenção básica, redes de suporte social, estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência e rede hospitalar de retaguarda para esses usuários.

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a rede de CAPS-ad cresceu 300% entre 2002 e 2006. Neste período foram realizados dois milhões de atendimentos em todo o país. No Recife existem seis CAPS-ad, quantidade ainda insuficiente para atender à demanda cada vez mais crescente (BRASIL, 2007).

A organização da sociedade em torno da necessidade de se institucionalizar um programa para a redução de danos demandou do Estado uma regulamentação oficial e em âmbito nacional da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, através da Portaria Ministerial nº2197/2004 (ANDRADE, 2004).

É deste modo que a Redução de Danos (RD) pode ser compreendida como uma estratégia de saúde pública que contribui com a noção de um possível a ser constituído num espaço entre o ideal e o real. É via de cidadania para as pessoas que usam drogas, um modo de intervenção, uma forma de tratamento ou uma tecnologia leve de cuidado terapêutico que, desde 2004, ocupa o cenário da saúde pública brasileira como diretriz de trabalho. O Ministério da Saúde considera que o consumo de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, ações de Redução de Danos podem incluir: orientação para utilização de bebidas com menores teores alcoólicos; inclusão, entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança nas ocasiões em que estão previstos o consumo de álcool; evitar beber de estômago vazio; servir a bebida em forma de doses para controlar a quantidade, entre outras estratégias. Tal concepção se baseia em princípios de pragmatismo, tolerância e diversidade que propiciam, ao usuário de álcool, a prevenção possível em lugar da prevenção idealizada (ANDRADE, 2004).

O objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias (BRASIL, 2004a).

A rede assistencial do SUS para álcool e outras drogas deve estar integrada com os outros serviços de saúde existentes, bem como com a comunidade, facilitando a construção de redes de suporte social, estabelecendo parcerias com os setores da educação, do trabalho, da

promoção social, da cultura, do esporte e outras instâncias, importantes para que a promoção à saúde, prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas ocorram de forma contínua, considerando a resposta intersetorial a esta situação (BRASIL, 2007).

2.6 Busca dos caminhos terapêuticos para o enfrentamento do alcoolismo feminino

O campo da dependência de drogas, tendo como referência o alcoolismo feminino, apresenta uma gama relativamente variada de ofertas de tratamento, que podem ser resumidas em: tratamento medicamentoso com ou sem internação em hospital geral, psiquiátrico ou em clínica especializada; tratamento não medicamentoso com internação em fazendas de recuperação; tratamento não medicamentoso através do ingresso em grupos de ajuda mútua; psicanálise; terapias cognitivas ou comportamentais; tratamento através de técnicas alternativas como acupuntura, florais, homeopatia e, até mesmo, ajuda através da religião (BAUER, 2004).

A maioria dessas ofertas, no entanto, é guiada pelo princípio da abstinência. Além de ser o fim último e desejável do tratamento, a abstinência é também a condição de entrada para esse tipo de tratamento. No entanto, existem tratamentos guiados pelos princípios de Redução de Danos, que reconhecem que quando se trata de cuidar de várias vidas humanas, temos de necessariamente lidar com as singularidades, com as diferenças, com possibilidades e escolhas.

As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, cada situação, cada usuário, identificando o que é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2008).

Neste capítulo, tentaremos refletir sobre os caminhos terapêuticos ofertados para os usuários de dependência de álcool e outras drogas, construídos historicamente no contexto doença, saúde, cultura e as representações sociais.

2.6.1 Caminho terapêutico com abordagem de abstinência

Na abordagem de tratamento com o foco central em abstinência prevalecem idéias gerais sobre **certo** e **errado**. Tratando do dogma moralista ou norma correta e incorreta de beber, as opiniões e os julgamentos emocionais se equivalem (BAUER, 2004).

2.6.1.1 *Hospital psiquiátrico*

No hospital psiquiátrico com abordagem moral, uso de medicações e abstinência, o ponto essencial do sistema de tratamento era a exclusão e o encorajamento de um profundo sentimento de auto-respeito e dignidade nos pacientes, e a manutenção de grupos de discussão nos quais os pacientes comentavam seus problemas e se ajudavam mutuamente (AMARANTE, 2003; 2007).

Confiava-se que o espírito perturbado podia ser reconduzido à razão com o auxílio da instituição de atendimento. Assim, o ambiente do alienado desempenhava um papel capital no tratamento. Nessa abordagem, era preciso isolá-lo numa instituição especial, primeiro para retirá-lo de suas percepções vivenciadas - aquelas que haviam gerado a doença ou, pelo menos, acompanhado seu surgimento. E depois, para poder controlar inteiramente suas condições de vida (AMARANTE, 2003, 2007)

Ali os usuários eram submetidos a uma disciplina severa, num mundo totalmente regido pela lei médica. Condutas terapêuticas permeadas por ameaças, recompensas e consolações, e pela demonstração simultânea de uma grande diligência e de uma grande firmeza, o doente era progressivamente sujeitado à tutela médica e à lei coletiva da instituição, ao “habitudo mecânico” e ao “policimento interno” que a regiam (AMARANTE; 2007; MACHADO, 1981).

Para Machado (1981), esse tipo de abordagem tinha como objetivo reprimir e conter o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, fosse adequado para exercer sobre ele uma influência irresistível para modificar a cadeia viciosa de suas idéias. Vimos que, para Foucault, os métodos empregados no interior do hospital psiquiátrico eram para gerar a cura poderiam ser assim resumidos:

- a) a religião, purificada de suas formas imaginárias e reduzida a seu conteúdo essencial;
- b) o medo, que deve incutir culpa e responsabilidade;
- c) o trabalho, que cria o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação;
- d) o olhar dos outros, que produz auto-contenção;
- e) a infantilização;
- f) o julgamento permanente, que faz do hospital psiquiátrico um espaço judiciário e, do louco, uma personagem em processo;
- g) o médico, responsável pela internação e autoridade mais importante no interior do hospital.

2.6.1.2 Comunidades terapêuticas

O termo *comunidade terapêutica* é consagrado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959. Passa a caracterizar um processo de reforma do hospital psiquiátrico, marcado pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas. Para tanto, propõe a “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional, e novamente temos o mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais e dos dependentes de drogas, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção (BAUER, 2004).

A proposta baseava-se na integração dos pacientes em sistemas grupais, onde seus problemas poderiam ser compartilhados e debatidos, facilitando com isso sua ressocialização. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implicaria numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional (AMARANTE, 2003).

2.6.1.3 Alcoólicos anônimos

Trata-se de uma comunidade, com caráter voluntário, de homens e mulheres que se reúnem para alcançar e manter a sobriedade através da abstinência total de ingestão de bebidas alcoólicas.

Estes grupos autônomos, que surgiram inicialmente nos Estados Unidos da América, originaram-se em 1935, quando um corretor da bolsa de Nova Iorque e um cirurgião de Ohio, ambos com um grave problema de alcoolismo, decidiram criar uma comunidade de ajuda para apoiar os que sofriam do mesmo problema e para se manterem, eles próprios, sóbrios. Os A.A. difundiram-se por todo o globo (BAUER, 2004).

A abordagem é singular em muitos aspectos. Funciona sem regras fixas, sem estatutos, sem obrigações pré-determinadas ou hierarquia entre os seus membros. Não cobra mensalidades e não aceita donativos, sendo auto-suficiente graças a contribuições espontâneas dos seus membros. Sem fazer censuras ou exigências, nada proíbe nada impõe. A única condição requerida para ser membro do A.A. é ter problemas com o álcool e o desejo de parar de beber (BAUER, 2004; CAMPOS, 2005).

Tendo como princípio basilar a solidariedade, Alcoólicos Anônimos faz da ajuda mútua o imperativo que o impulsiona e, num mundo como o de hoje, onde o ódio, a cobiça, e a violência constituem a tônica dominante, o amor, o altruísmo e a busca da serenidade conferem o tônus singular a esta associação que, com muita propriedade, é denominada de “irmandade” pelos seus membros (CAMPOS, 2005).

2.6.2. Novos caminhos terapêuticos com abordagem da estratégia de redução de danos

A Redução de Danos (RD) é um novo modelo e paradigma para abordar as questões associadas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, em seus múltiplos aspectos, incluindo prevenção, tratamento, controle e elaboração de políticas e estratégias para lidar com os problemas decorrentes do uso indevido de drogas (BRASIL, 2007).

Para isso, são indispensáveis intervenções e políticas elaboradas para servir ao usuário de drogas, que acolham as necessidades individuais e comunitárias específicas. Assim, não permanece com definição universal ou fórmula prática esse modelo. Um possível significado seria o de um conjunto de estratégias práticas que tem por objetivo ir ao encontro do usuário ou dependente, para ajudá-lo a prevenir, reduzir ou eliminar os possíveis danos decorrentes do consumo de drogas (ANDRADE; 2004; BRASIL, 2007).

Segundo Andrade (2004), é preciso diferenciar a RD como meta e como estratégia. Como meta geral, todas as políticas de drogas desejam reduzir danos associados ao consumo - o que contém conceitos repressivos, como a criminalização de determinadas substâncias psicoativas e do consumidor, entre outras. Os programas de tratamento norteados somente para abstinência também cobiçam reduzir danos.

Como uma estratégia específica, a Redução de Danos se refere somente àquelas políticas e programas que desejam reduzir os males provocados pelo consumo de drogas, sem cobrança de abstinência. Ou seja, ainda que a abstinência seja obviamente o meio mais seguro para impedir os problemas provocados pelo uso de drogas, entre as estratégias de RD não se contém programas de tratamento orientados exclusivamente para essa meta. Por outro lado, não é correto pensar que é um sinônimo de legalização. Esse modelo simplesmente reconhece e aceita que o uso de drogas sempre existiu e sempre existirá (ANDRADE; 2004; BRASIL, 2007).

Vale salientar que a Redução de Danos é muito mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS: trata-se de uma forma de manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. A ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. Centra-se, portanto, no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade) (ANDRADE; 2004; BRASIL, 2007).

Em síntese, adotar estratégia da RD pressupõe que suportemos a idéia de vivermos fora do campo dos ideais, encontrando formas alternativas de diminuir prejuízos maiores que possam ser gerados a partir de um único problema (BRASIL, 2007).

As ações de RD constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (ANDRADE; 2004; BRASIL, 2007).

2.6.2.1 Centros de atenção psicossocial de álcool e outras drogas

Os CAPS-ad funcionam com estratégias de RD, acolhendo também pessoas que não estejam inseridas na abstinência. Faz parte dessas estratégias a busca ativa de usuários através dos profissionais de saúde. Trabalham com projetos terapêuticos individualizados e sociais, com o objetivo final de reinserção e readaptação funcional do usuário. Enfatiza-se o atendimento familiar, pois a possibilidade de recuperação aumenta sensivelmente. Nos serviços de CAPS-ad, a abstinência não deve ser mais a única meta possível do tratamento (BRASIL, 2007). De acordo com Saraceno (2001), este novo direcionamento dado ao tratamento admitiu a aproximação de mais usuários aos serviços, desenvolvendo dessa forma a possibilidade de relação com a sociedade.

O usuário e a família precisam de um espaço de fala e escuta que possibilite o entendimento das flutuações como próprias do processo, e da redistribuição de papéis e poder na rede familiar como conseqüências da melhora do quadro de dependência. Sem acompanhamento, a família não terá um espaço para discutir a ansiedade e os sofrimentos que esta reorganização desperta (BRASIL, 2007).

2.6.2.2 Comunidades terapêuticas ou pensões protegidas

A Pensão Protegida tem uma estrutura não médica, na qual todas as pessoas estão envolvidas na administração e funcionamento da unidade. Tem abordagem na perspectiva psicanalítica e na RD, enfatiza a dependência como uma dificuldade relacionada à carência do objeto, à falta e ao desamparo (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Cada caso é único, exigindo estratégias terapêuticas que não só levem em conta os aspectos comuns a todas as dependências, mas que contemple as peculiaridades de cada indivíduo. As atividades desenvolvidas consideram a complexidade do fenômeno droga/indivíduo/contexto socioculturais, integrando várias abordagens científicas e clínicas, e adaptadas a cada situação (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

2.6.2.3 Casas do meio do caminho

As Casas do Meio do Caminho (CMC) atendem a usuários encaminhados pelos CAPS-ad e têm como referência a permanência de 35 dias. O programa terapêutico se estrutura com a convicção de que o caminho que leva à recuperação nem sempre passa pela abstinência.

Contudo, a abstinência é mantida dentro CMC, funcionando como estratégia para a maioria dos pacientes. Para alguns, é o objetivo final. A voluntariedade e o anonimato são os dois princípios básicos do tratamento, que tem por objetivos: melhorar a qualidade de vida e trabalhar a abstinência, mas não necessariamente como meta final. A idéia fundamental é que as pessoas irão *fazer* o tratamento e não, *recebê-lo*. São trabalhados os projetos terapêuticos pactuados nos CAPS-ad e, primeiramente, construídos junto com o usuário, dentro das suas possibilidades e vontade (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender como as mulheres alcoolistas recifenses interpretam suas experiências e guiam suas ações em relação ao alcoolismo, no contexto sociocultural em que vivem.

3.2 Específicos

- a) Identificar o significado do alcoolismo para as mulheres alcoolistas;
- b) Identificar as causas atribuídas pelas mulheres alcoolistas para o consumo de álcool;
- c) Reconstruir os caminhos terapêuticos usados pelas mulheres alcoolistas perante o Alcoolismo.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo do estudo e abordagem

Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa almeja um aprofundamento maior da realidade, caminhando para um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que permitem alcançar os aspectos particulares expressos nas falas das mulheres entrevistadas, importantes para o alcance dos objetivos deste estudo.

A pesquisa exploratória é entendida por Marconi e Lakatos (2006) como um tipo de pesquisa cujo objetivo é a formulação de questões com três finalidades: desenvolver suposições, aumentar a familiaridade da autora do estudo com o fenômeno para possível realização de uma pesquisa futura mais precisa, e por outro lado, modificar e clarear conceitos.

Na interpretação da vida social das mulheres entrevistadas em face do alcoolismo, procurou-se desenvolver um processo de interação pesquisador/pesquisado, com valorização do encontro, do diálogo e da representação, considerando que o objeto do estudo tem, também, o seu sujeito. Adotou-se, portanto, a subjetividade como instrumento de conhecimento e as representações sociais como eixo condutor.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro, da Secretaria de Saúde do Recife, Distrito Sanitário IV, referência para tratamento de transtornos relacionados ao álcool e outras drogas neste território, para ambos os sexos. É um serviço público de saúde, mantido pelo SUS, criado na década de 1980, para atendimentos a usuários de álcool e outras drogas que desenvolveram processo de ruptura de suas relações sociais. A reinserção social é à base do CAPS-ad em direção à comunidade (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Destacamos que a rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas do Recife tem como base os princípios do SUS - Universalidade, Integralidade, Equidade e

primordialmente, no território, de forma hierarquizada, acessível e resolutiva. Conta com um CAPS-ad de referência para cada Distrito Sanitário e com a rede de apoio, como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidades de Desintoxicação (UD); Casa do Meio do Caminho; Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; e Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Estratégia de Saúde da Família e Consultório de Rua (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

4.3 Sujeitos da pesquisa e período de coleta

A amostra foi intencional, composta por mulheres que apresentavam diagnóstico de Alcoolismo sem outras dependências químicas, maiores de 18 anos, e estavam em tratamento no CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro. O diagnóstico de alcoolismo exclusivo se deu a partir da análise dos prontuários das possíveis participantes, antes da coleta, levando-se em conta o CID-10.

Todas as mulheres em tratamento, entre junho a agosto de 2011, foram entrevistadas (cinco). A proposta de trabalho foi submetida à avaliação da equipe interdisciplinar da unidade de saúde, composta por psicóloga, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional, médico clínico, médico psiquiatra, entre outros profissionais. Todos consideraram que as usuárias estavam aptas a serem entrevistadas, resguardados os critérios éticos.

4.4 Coletas de dados

4.4.1 Instrumentos e técnica

Para a realização das entrevistas optou-se pelo roteiro semiestruturado, por se tratar de uma “técnica em que o investigador encontra-se frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 1999, p.117).

A coleta de dados foi realizada em três etapas. A primeira foi a escolha das entrevistadas, que ocorreu através do levantamento dos prontuários de todas as mulheres alcoolistas, indicadas pela equipe interdisciplinar do CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro, totalizando cinco prontuários. A classificação foi feita segundo o CID-10, que é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O CID-10 foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde. O diagnóstico de alcoolismo encontra-se no quinto capítulo, o qual se refere aos Transtornos Mentais e de Comportamento e inclui os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas com o código F10 (BRASIL, 2007).

Outro critério foi o de que as mulheres estivessem em tratamento no serviço há pelo menos seis meses. Importante ressaltar que as indicações feitas pela equipe preencheram todos os critérios previstos neste estudo.

A segunda etapa está relacionada à caracterização da amostra, através do questionário sócio-demográfico: questões referentes à idade, religião, escolaridade, situação conjugal atual, situação profissional, moradia e renda familiar (Apêndice A). Os dados do questionário sócio-demográfico foram analisado pela pesquisadora.

A terceira etapa foi a realização das entrevistas, com perguntas norteadoras abrangendo três categorias: afetiva, cognitiva e de conduta (Apêndice B).

Na categoria afetiva, buscou-se identificar os sentimentos em relação ao uso de álcool e a avaliação que as participantes fazem sobre mulheres que bebem.

A categoria cognitiva descreveu as informações que as participantes tinham sobre Alcoolismo, situação de uso álcool, justificativas para o seu consumo, consequência do uso.

A categoria de conduta abrangeu aspectos comportamentais envolvidos na Representação Social do uso de álcool, incluindo atitudes tomadas diante da questão; reflexões que permitiram mudanças na maneira de se posicionar em relação ao consumo de bebidas; expectativas sobre o tratamento, e o papel das mulheres alcoolistas na superação do problema.

Antes das entrevistas foi realizado um contato prévio para marcar dia e hora mais convenientes para as participantes. Os propósitos do estudo, metodologia e compromisso de confidencialidade foram explicados, as dúvidas foram esclarecidas, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi lido e assinado.

Para garantir a confidencialidade, e por outro lado, resguardar a identidade das entrevistadas, optou-se por apresentar os discursos obtidos por meio de códigos, que foram escolhidos por cada uma das mulheres, em momento prévio à entrevista. Adotou-se nome de

Rosa, e apresentados as participantes para escolha numa lista com seus significados, conforme no quadro abaixo:

Quadro 3. Nomes de Rosas e seus significados

Rosa Amarela	Felicidade
Rosa Azul	Mistério
Rosa Branca	Inocência
Rosa Branca Champanhe	Fidelidade
Rosa Castanha Chá	Respeito
Rosa Lilás	Amor à primeira vista
Rosa	Amizade
Rosa Roxa	Amor materno
Rosa Vermelha	Paixão

Fonte: Elaborado pela autora

4.4.2 *Análise e interpretação de dados*

As entrevistas foram analisadas e interpretadas através de análise de conteúdo (MINAYO, 1994), que se constitui em um conjunto de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem, e que busca uma correspondência entre as estruturas semânticas da superfície dos textos e as estruturas psicológicas ou sociológicas por trás do comunicado.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, utilizou-se a técnica de Condensação de Significados, que consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico

visado, buscando dessa forma respostas para as questões propostas e também descobrindo além dos conteúdos explícitos, os implícitos desta comunicação (KVALE, 1996).

A Condensação de Significados consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em formato condensado, sem perder a sua essência. Nesta técnica buscam-se as ‘Unidades Naturais’, ou os ‘Núcleos de Sentido’ no texto transcrito - textos substanciais, notificação das falas dos entrevistados que contém a idéia central em formato condensado. Em seguida, são identificados os pontos principais, ou ‘Temas Centrais’, contidos nas falas definidas como Unidades Naturais. Por fim, há a síntese das narrações, fundamentais para responder aos objetivos do estudo (KVALE, 1996; LYRA, 2009; MINAYO, 1999).

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora do presente estudo, logo presenciais e gravadas, com o consentimento prévio de cada entrevistada, conforme preconizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM). Posteriormente, foram transcritas pela autora junto com uma pessoa experiente. Por fim, foram lidas ao mesmo tempo em que se escutava a gravação, para captar possíveis equívocos ocorridos durante as transcrições, bem como preenchimento de possíveis lacunas.

As mulheres entrevistadas nominaram-se: Rosa, Rosa Vermelha, Rosa Amarela, Rosa Roxa e Rosa Castanha Chá.

Os objetivos específicos do estudo nortearam a identificação dos elementos da análise: o significado natural, as unidades naturais e seus temas centrais. As entrevistas foram analisadas seguindo as etapas abaixo enumeradas, e exemplificadas no Quadro 4:

- a) Leitura integral das entrevistas;
- b) Identificação da entrevista (linhas 1 e 2 do quadro);
- c) Identificação do Objetivo Específico (OE) (linha 3 do quadro);
- d) Escolha das Unidades Naturais no corpo da entrevista e registro dos trechos correspondentes (coluna esquerda);
- e) Identificação dos Temas Centrais (coluna direita);
- f) Síntese da entrevista, buscando insights interpretativos (campo final do quadro).

Quadro 4. O Significado Natural das Unidades e seus Temas Centrais.

CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS	
Entrevista 1	
Nome: ROSA	
OE 1: identificar o significado do Alcoolismo entre as mulheres alcoolistas	
Unidades Naturais	Temas Centrais
<p><i>Mulher sozinha é triste mais tenho os cachorros, sei que não é gente mais gosto, e faz companhia.</i></p> <p><i>E dá prazer [beber] no começo e depois tristeza.</i></p> <p><i>E alcoolista é triste, é melhor não beber.</i></p> <p><i>É uma doença triste e muito feia pra mulheres. É um vicio</i></p>	<p>Tristeza que leva a beber;</p> <p>Solidão sendo o álcool uma saída;</p> <p>Ter um pouco de prazer;</p> <p>Doença feia, triste e vicio;</p> <p>Preconceito em relação ao Alcoolismo em mulheres (exclusão social das mulheres alcoolistas a partir da visão das próprias mulheres) – questão de gênero.</p>
<p>Descrições essenciais para responder ao objetivo 1.</p> <p>Para Rosa, ser alcoolista é estar triste sozinha e doente. Rosa considera que ser mulher alcoolista é ter um pouco de prazer e ter uma doença feia, triste e vicio. Rosa manifesta, embora indiretamente, o autopreconceito com o uso de álcool por parte das próprias mulheres.</p>	

Fonte: Kvale (1996, p. 195-196), adaptado de Giorgi (1975).

4.5 Plano de análise dos dados.

Para facilitar a compreensão de como serão analisados os dados, encontra-se a seguir um quadro, relacionando os objetivos específicos da pesquisa às três categorias de análise, identificando as perguntas do roteiro de entrevista pertinentes a cada uma das categorias:

Quadro 5. Plano de análise dos dados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIAS	ROTEIRO DA ENTREVISTA
Identificar o significado do Alcoolismo entre as mulheres alcoolistas.	Afetiva	1) Como foi o início do uso de bebidas na sua vida? 2) Quais os sentimentos das pessoas que convivem com você? 3) Qual a sua avaliação sobre as mulheres que usam álcool sem controle?
Identificar as causas atribuídas pelas mulheres alcoolistas para o consumo de álcool.	Cognitiva	1) Onde você faz o uso ? 2) Quais são os motivos que a levam ao uso de álcool sem controle? 3) Quais foram as conseqüências do uso?
Reconstruir os caminhos terapêuticos usados pelas mulheres alcoolistas perante o Alcoolismo.	Conduta	1) O que você fez quando descobriu que estava com Alcoolismo? 2) Como você lida com o uso de álcool? 3) Como foi que você chegou a esse serviço?

Fonte: Elaborado pela autora

4.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Representou risco mínimo, pois não envolveu procedimentos invasivos que pudessem afetar as participantes. A realização da entrevista ficou condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CPqAM/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com toda a documentação necessária, incluindo a carta de

anuência do Diretor do CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro (ANEXO A), sendo aprovado no dia 1º de junho de 2011 e registrado sob o nº 16/11 CAAE: 0014.0.095.000-11 (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterizações, segundos aspectos socio-demográfico

Neste item têm-se os resultados obtidos a partir do questionário sócio-demográfico, que contempla as seguintes variáveis: faixa etária; escolaridade; religião; estado civil; estrutura familiar; situação de moradia; situação profissional; e renda. Os resultados estão sintetizados a abaixo.

- a) Idade entre 47 e 68 anos
- b) A maioria baixa escolaridades,
- c) Religião predominante – católica
- d) Precária situação profissional (duas não trabalham)
- e) Três tem renda familiar mais que salário mínimo ao mês e quatro moram em casa própria
- f) Três são solteiras
- g) Três são chefes de família
- h) Quatro têm filhos e três moram sozinhas

De acordo com Wilsnack et al., (2004) e Edwards et al., (2005), os fatores demográficos como idade, estado civil, religião, escolaridade e ocupação, em consonância com outros aspectos como predisposição genética, fatores psicológicos e socioculturais, exercem influência no comportamento das mulheres e colaboram para gerar o início e o comportamento na evolução do alcoolismo. Em função disso, optou-se por iniciar a apresentação dos resultados desta pesquisa pela caracterização do perfil sócio-demográfico e econômico das entrevistadas.

5.1 Análise das entrevistas

Os resultados apontam que, de fato, ocorre um processo de reconstrução das representações sociais. O campo representacional relacionado ao alcoolismo feminino na presente pesquisa desenvolveu-se em torno de três eixos/categorias principais:

- a) **Afetiva:** visou a identificar nas entrevistadas sentimentos, avaliações pessoais e sociais em relação às mulheres que consomem álcool. Observou-se que as entrevistadas demonstraram sentimentos de tristeza, de prazer e de solidão relacionados ao uso de álcool; a avaliação que fazem é marcada pelo próprio preconceito de gênero, ou seja, consumir álcool em excesso é um comportamento previsto para o homem e não para mulher. Esta foi uma representação compartilhada por todas;
- b) **Cognitiva:** buscou-se identificar os motivos que levaram ao uso do álcool sem controle; as conseqüências do uso e as situações de uso. Destacou-se que as entrevistadas apontaram para as causas psicossociais como perdas, sentimentos de desprezo e a angústia. E as conseqüências do uso principal foram problemas relacionados ao isolamento social, depressão e a baixa autoestima. E o uso das bebidas alcoólicas em situação pública.
- c) **Conduta:** buscou descrever e compreender as ações e comportamentos vivenciados pelas mulheres entrevistadas no processo de recuperação e as buscas de tratamentos para o enfrentamento do alcoolismo feminino. Indicou as mudanças na maneira de se posicionar em relação ao uso de álcool fazendo reflexão sobre os tipos de bebidas alcoólicas. Apontou para as expectativas de tratamentos que tenha como princípio o respeito, acolhimento, projeto de vida e a ressocialização.

5.2.1 Categoria afetiva em relação ao alcoolismo feminino

Nesta categoria destacaram-se quatro aspectos: a tristeza e o prazer diante do alcoolismo, o preconceito e a solidão diante do uso de álcool.

Em conformidade com o proposto por Jodelet (2001) sobre as representações sociais, é possível afirmar que as réplicas dadas pelas entrevistadas são reflexos das manifestações do

grupo social em que estão inseridas, no qual participam de experiências comuns e vivências no cotidiano, evidenciadas nas falas delas por meio de anseios, expressões e sentimentos que são as configurações de representar o conhecimento construído e dividido entre essas participantes. As entrevistadas reconhecem a busca de alguns efeitos provocados pelas bebidas alcoólicas e que podem ser compensatórios para lidar com determinadas situações de vida. Compreende como perturbadores com os efeitos que podem ser vivenciadas na ingestão de bebidas, mas é complicado sustentar algo positivo na representação do uso de bebidas alcoólicas nas suas vidas. Dessa forma, estão sempre empenhadas em descrevê-lo como algo negativo, mesmo que seja em uma contradição de “um positivo ruim”. O discurso ambíguo descrito na fala transcrita da entrevistada Rosa Vermelha, sintetiza o achado, que foi universal entre todas as entrevistadas:

[...]. Na hora [de beber] é bom demais, alegria, eu choro! E depois é horrível, é tristeza mais a vida é assim de alegria e frustrações (Rosa Vermelha);
 [...] Quando eu bebo sinto esquecer o tempo; só prazer e depois tristeza e agonia (Rosa Roxa).

Os discursos das entrevistadas demonstraram o senso comum sobre o uso de bebidas alcoólicas sem controle nas suas vidas em consonância com os achados de Goldenberg (2003), mostraram através das suas experiências, seus sentimentos e o comportamento semelhantes provêm da prática de uma realidade comum; permitindo a concepção e o entendimento das mesmas sobre o alcoolismo uma forma de pensar coletivamente foi identificada durante as entrevistas.

Os achados da presente pesquisa dialogam com o estudo de Holmes (2001) sobre os efeitos do álcool no organismo, que é classificado como uma droga depressora. Num primeiro momento, porém, age como estimulante, deixando a pessoa eufórica, desinibida, mais sociável e falante, com sensação de prazer, de alegria; e num segundo momento, age como um depressor da atividade cerebral, reduzindo a ansiedade, mas prejudicando a coordenação motora.

À medida que aumenta a concentração do álcool no sangue, ocorre diminuição da autocrítica, a fala pode ficar enrolada, sonolência e prejuízos na capacidade de raciocínio e concentração. A visão pode ficar dupla, ocorrendo também prejuízo de memória e da concentração, diminuição de resposta a estímulos, vômitos, insuficiência respiratória, entre outros sintomas/sinais. O extrato da entrevista de Rosa Amarela caminha nesse sentido:

[...] Quando eu usava [álcool] ficava tonta, ficava sem, sem coordenação motora, a fala ficava enrolada saía pra rua, se eu tivesse pronta, tudo bem, se não, tudo bem (pausa) não sabia o que fiz. Eu perdi minha dignidade (Rosa Amarela).

O achado também vai ao encontro do pensamento de Minayo (1998): a concepção de saúde e doença nas classes populares e grupos sociais, no caso das entrevistadas, foram alteráveis e conflitantes. Pois as participantes reproduzem o discurso do sistema de idéias dominantes, segundo o qual o corpo da mulher é feito para produzir; por outro, explica o desenvolvimento da doença dentro de um quadro geral que compreende a desorganização da pessoa e seu convívio social.

Em relação ao tema preconceito e solidão, as entrevistadas relataram que acham a condição de estar com alcoolismo mais difícil para a mulher do que para o homem. Apontou uma compreensão das questões sobre preconceito social, ao afirmar que para a mulher é mais complicado admitir o alcoolismo, pois, sua família se distancia, e as amigas às vezes tentam ajudá-las a enfrentar o problema.

Esse achado é corroborado por Nóbrega e Oliveira (2005), que identificaram que os homens recebem mais apoio familiar, enquanto as mulheres recebem mais apoio de amigas para procurar um tratamento para o alcoolismo. O estímulo de um familiar, como fator de motivação para o tratamento, é apontado como importante tanto para homens como para mulheres. Logo, ao não contarem prioritariamente com os familiares, o sentimento de solidão das mulheres, diante do alcoolismo, se acentua.

Para Hochgraf e Brasiliano (2004) e Ancel e Gausso (1998), mulheres alcoolistas sofrem muito preconceito com o estereótipo de maior agressividade e a tendência à solidão, ao isolamento. Conforme fala das Rosas:

Talvez porque ninguém vai me visitar, mora bem perto, mas ninguém vai me ver e às vezes a gente se sente só demais [...] (Rosa Vermelha).
[...]. Muito difícil a gente sobreviver sozinha (Rosa Amarela).

Os relatos revelam a perda do apoio social, percebida também nas falas das demais entrevistadas, ocorrendo de forma rápida, devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem com mais frequências. Vale ressaltar que as mulheres sofrem menor pressão social para início do consumo do álcool. No entanto, sofrem maior pressão para parar o uso exagerado.

A crítica social em relação às mulheres alcoolistas continua sendo muito penoso. Isto demonstra que uso de álcool não é um fenômeno periférico ou ausente na nossa sociedade.

Como pondera Bucher (1996), não é algo trazido de fora por inimigos externos, é produzida e destilada em seu meio

pelo seu modo de produção e distribuição de bens e rendas, pelas metas de lucro a qualquer preço, pelas ambições descontroladas, se não perversas de ganâncias fáceis, pelas leis de mercado, da oferta e da demanda, apoiadas em uma legalidade.

Para Farah e Pretto (2004) homens e mulheres evidenciam intolerância em relação ao alcoolismo feminino, e entre mulheres alcoolistas a atitude expressada é de aversão. As que apresentam problema com alcoolismo é objeto de avaliação por parte da sociedade. São “mal vistas”, entendidas de recusar sua responsabilidade de boa esposa, de boa mãe, entre outros. Isto se confirma nas falas de quatro das entrevistadas, a exemplo da Rosa Chá Castanha:

[...] Acho feio, que é vergonha para as mulheres beberem. Quando eu bebo não faço nada, por isso eu não vi meus netos nascerem. Agora estou vivendo com eles porque estou sem beber. Toda a comunidade falava que é muito feio vergonhoso para mulher desta idade bêbada jogada na rua, caída

Percebe-se que as entrevistadas têm consciência da visão que a sociedade e elas mesmas têm do alcoolismo feminino e que a sociedade faz relação entre o uso de álcool e gênero. A sociedade é mais complacente quando o assunto é o alcoolismo masculino, e mais rigoroso quando se trata do alcoolismo feminino. As mulheres são historicamente constituídas como sensíveis, emotivas, delicadas e como tendo funções ligadas à maternidade e aos cuidados. Já os homens são historicamente relacionados à idéia de força, virilidade, “caçadores” - quando lhes é ensinado a valorizar a frequência, quantidade e variedade de relações sexuais com mulheres (PRETTO, 2004).

As mudanças de conduta identificadas com maior frequência entre as participantes estão relacionadas à dimensão afetiva. As cinco entrevistadas afirmam se sentirem mais fortalecidas, reduzindo a angústia, tristeza ou preocupação durante o tratamento. Porém, fica evidente como estas transformações afetivas influenciam na maneira de se comportar e se relacionar com o consumo de bebidas alcoólicas. Reconhecendo limites, é possível separar as suas necessidades das necessidades dos outros. Rosa Roxa descreve como o tratamento influenciou na sua forma de se comportar:

[...] O CAPS modificou não só a minha relação com a bebida, mas em relação ao meu comportamental com outras pessoas. Por exemplo, hoje eu vejo, eu já sei o que é Alcoolismo, o álcool, é uma coisa que eu tenho que tratar, eu não tenho que me

angustiar. É diferente hoje? Então, eu não estou me angustiando muito no estado que era antes. Não que a angústia tenha saído totalmente, mas eu penso que o nível tá diminuindo a cada dia que passa. Eu tomei essa consciência em relação aos meus filhos. Eu estou me colocando em primeiro lugar, eu não pensava em mim. Eu achava que sempre os filhos estavam em primeiro lugar e eu tinha que os atender, eu tinha que ajudá-los? Eu ficava onde? Eu não estava fazendo nada por mim? Hoje, eu faço o que dá para fazer, certo? Então, foi uma coisa que tá me ajudando muito. Agora, estou me valorizando. Porque aqui todos os dias os professores falam sobre o álcool, ensinam como fazer as estratégias para diminuir os meus prejuízos sem fazer julgamentos poda a gente para cima.

Os dados obtidos sugerem que mudando o lugar da mulher na sociedade, o alcoolismo feminino aumenta. Percebe-se que o aumento gradativo na assunção de papéis masculinos e a entrada da mulher no mercado de trabalho acabaram por causar um distanciamento da vida familiar, ou seja, uma exclusão da participação afetiva no desenvolvimento da família, fruto da ideologia de ser “o papel feminino” o de desenvolver suas atividades apenas em casa, o que pode ser relacionado, também, como explicação para o aumento de álcool entre mulheres.

[...] Ser mulher sozinha é triste, mais eu tenho os cachorros, sei que não é gente (pausa) faz companhia. Meu ex-namorado fez de tudo para eu não beber. No início agente bebia junto nos bares. Até ele deixou de beber por mi, mas não adiantou de nada E depois da separação ficou pior aí que bebia muito sem controle (Rosa).

A fala acima de Rosa mostrou que o início do uso de bebidas alcoólicas refere ter ocorrido socialmente. Pelo o fato de que o início do uso ocorreu por características pessoais tolerantes pode ser explicado pela colocação da mulher no social, ou seja, a alteração do papel social da mulher, sem, contudo, este ter a contribuição necessária para enfrentamentos da vida social equivalente aos homens. A percepção pelas mulheres entrevistadas a bebida no início do uso como fonte de prazer, lazer, divertimento, fatores apreendidos como causadores do alcoolismo. Neste caso o beber social, mediador das relações sociais, se mistura e se confunde com o beber excessivo ou abusivo.

No achado da pesquisa pode-se sugerir que o significado do alcoolismo feminino para as mulheres entrevistadas, foi sintetizado na fala de Rosa; ser alcoolista é estar triste sozinha e doente. Rosa considera que ser mulher alcoolista é ter um pouco de prazer, ter uma doença feia, triste e vício. Como também manifestou, embora indiretamente o autopreconceito com o uso do álcool por parte das mulheres

5.2.2 Categoria cognitiva em relação ao alcoolismo feminino

A segunda categoria visou a identificar as causas atribuídas pelas mulheres alcoolistas para o consumo de álcool nos seguintes aspectos: o que leva ao uso de álcool, conseqüências do uso e a situação de uso.

No aspecto *o que leva as mulheres ao uso de álcool* foram encontrados quatro temas preponderantes: separações conjugais, perdas de entes queridos, sentimento de desprezo e a angústia.

As mulheres entrevistadas começaram a beber com maior freqüência e ou abusivamente a partir da ocorrência de eventos vitais significativos, como a perda de alguém querido ou uma separação corroborada por Bauer (2004). Percebe-se, assim, que eventos traumáticos podem desencadear o uso abusivo e o alcoolismo em algumas mulheres.

Segundo Kaplan (1984), que este crescimento esteja associado com a entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida política, ou seja, na vida pública e no processo de poder escolher.

Na fala de três das entrevistadas foram encontrados relatos relacionando o uso de álcool a separações conjugais e perdas de entes queridos, bem sintetizadas pelas falas de Rosa Vermelha e Rosa Roxa:

[...] Problema com marido, tudo e a separação Porque você ser traída por um homossexual é o fim da picada e filho usando droga tudo isso faz beber sem controle para esquecer tudo isso (Rosa Vermelha).

[...] Foi quando perdi mãe, depois perdi sogra e agora perdi meu irmão e sobrinho. Eu fico sem controle do uso da cachaça (Rosa Roxa).

Nas citações de quatro das cinco entrevistadas, o que as levou a beber foi o sentimento de desprezo e de angústia significativa, apontando para como os fatores psicológicos podem desempenhar um importante papel no desenvolvimento do alcoolismo:

[...] Fico angustiada, desprezo de família, desprezo de filho. Acho que tudo isso faz beber muito mais (Rosa Vermelha).

[...] Porque sinto angústia fico sozinha, é um desprezo total. Aí só tenho que beber (Rosa Roxa).

É importante apontar que houve sobreposição de motivos para o uso de álcool. Os dados revelam que as entrevistadas começaram a beber com mais freqüências e abusivamente tanto por causa de perdas, levando a angústia e desprezo, como também atribuindo o início do uso de álcool por causa de separações levando a esses mesmos sentimentos. E, portanto, o uso aparecendo como uma saída para amenizar este sofrimento.

Os relatos acima sugerem baixa autoestima nas mulheres entrevistadas. As mulheres alcoolistas apresentam diversas patologias de variável gravidade, dentre as quais expressivamente tem-se a depressão, angústia, agressividade, tendência a pensamentos paranóicos e baixa autoestima corroborado por Kaplan (1984).

As mulheres alcoolistas entrevistadas apresentam carência afetiva e com baixa autoestima que se manifestam em dificuldades notáveis de motivação, conduta e anseio, como pode ser evidenciado nas falas das entrevistadas:

Eu não tenho perspectiva nenhuma de vida! Não, só o fundo do poço e aí bebo [...] (Rosa Roxa).

Eu bebo mais de desgosto não tem nada de bom nesta vida, só a bebida [...] (Rosa).

A problemática do uso de álcool é resultado de fatores sociais, tais como desemprego, privação social e outros. Esses fatores podem ter efeitos importantes sobre o início e o uso continuado do álcool pelas mulheres citado por Pillon e Luiz (2004). Os achados evidenciam que as condições socioeconômicas influenciam o uso de álcool, conforme fala de duas entrevistadas abaixo:

Não ter as coisas da minha casa e não ter dinheiro para pagar luz, água e comida. Só tem a danada da bebida [...] (Rosa).

Falta de dinheiro, não sei! Desemprego, tudo isso faz beber sem parar [...] (Rosa Vermelha).

Para Masur (2004) as pessoas começam a beber, bebem abusivamente ou ficam alcoolistas porque o álcool, de algum modo, reforça ou recompensa o seu comportamento por meio da indução de prazer, remoção de desconforto, aumento da interação social, além de preenchimento da necessidade de se sentir importante ou, também, pode ajudar a suprimir lembranças desagradáveis, o que pode ser percebido na fala de uma das entrevistadas:

[...] Quando eu bebia não lembro nada, esqueço das coisas ruins da vida. Não preciso de motivo, só me bastava vê, tomava todas, me achava importante. As pessoas falavam que eu não tinha personalidade era fraca uma bêbada (Rosa Castanha Chá).

Apesar de seu aspecto negativo em relação ao uso do álcool excessivo, do ponto de visão da socialização, a bebida alcoólica pode atuar como facilitador na aproximação entre as pessoas (como nas festas e reuniões), uma vez que sua ação desinibidora proporcionará um estado de euforia e descontração. Porém, para as mulheres entrevistadas o consumo em

excesso causou diversos danos e também nas pessoas que o cercam. E, bem pior, quando esse consumo se torna constante, tornando a mulher uma dependente da droga: uma alcoolista.

O uso de álcool exagerado por parte das mulheres no tempo atual permanece tão estigmatizante e tão pouco compreendida pela nossa sociedade que é o alcoolismo feminino, pois tende a estereotipar a alcoolista, que não é vista como doente, e sim alguém que possui desvio de caráter, fraqueza, perda da razão, um problema estritamente individual, sem influência ou conseqüências relacionadas ao social, o que caracteriza na condição de cidadã negada e, dessa forma, a família como sua extensão é conseqüentemente atingida.

Muitas das diferenças nos padrões de consumo de álcool entre os sexos têm causas culturais. Os padrões socialmente construídos, ligados ao gênero, afetam diretamente o comportamento do uso de álcool em homens e mulheres, vez que a decisão do consumo de álcool, deixar de consumir ou consumir exageradamente está geralmente relacionado a certos valores (WILSNACK et al., 2005). A fala da Rosa, abaixo, caminha em tal direção:

[...] Se eu perder alguém que gosto ou não ter as coisas da minha casa e não ter dinheiro para pagar luz, água e comida bebo muito (Rosa).

Dentro da categoria cognitiva, também se analisou o aspecto *conseqüências do uso*, procurando-se ampliar a visão sobre o objeto do estudo. As entrevistadas pontuaram como conseqüências do uso de álcool, problemas psicossociais e problemas clínicos.

Dos problemas psicossociais é justamente o isolamento social que salta à vista na fala da maior parte das entrevistadas. Que podemos enfatizar que se caracterizam como rótulos estigmatizantes produzidos pelo meio-social, ou ainda, pelo fato de reproduzirem um tipo de ideologia dominante: Beber por destino (Percepção fatalista da realidade acarretando um comportamento passivo e conformista). Conforme os mesmos autores, a perda do apoio social acontece mais rapidamente, devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem abusivamente.

De acordo com estudos o ambiente familiar também é visto como parte importante na determinação do consumo do álcool (HOCHGRAF, 1995; PILLON; LUIZ; 2004). Podendo o alcoolismo está consistentemente associado com o descuido, o distanciamento emocional, a rejeição dos familiares. As mulheres entrevistadas referem o desprezo como desencadeantes estressantes para o uso do álcool que pode ser visto abaixo:

[...] Estava bebendo demais e aí minha família perderam a paciência comigo, que eu tava bebendo tudo. Aí que me desprezaram mesmo (Rosa Vermelha).

Quanto a problemas nas relações familiares, oriundos do uso de álcool, destacaram-se a troca de agressões verbais com o companheiro e as reclamações da filha na fala de uma das entrevistadas, em que a mesma tece críticas à sua condição dentro da família:

[...] Quando estou bêbada o meu marido fica agressivo, bater não, mas empurrar sim! Chama-me de bêbada, mulher inútil, entendeu! Nada, na hora estou dopada, não sinto nada, entendeu! Na hora não sinto nada! Que hoje em dia minha filha reclama o modo que eu ajo hoje! Como eu era certinha. Entendeu! Eu não tinha nada de problema, nada me atinge. Mas ela (filha) não estar no meu lugar (Rosa Roxa).

Conflitos familiares podem comumente sugerir o fracasso em atender às expectativas sociais (HOCHGRAF, 1995; PILLON; LUIZ; 2004). Na medida em que a mulher vai ampliando seu espaço vital, assumindo múltiplos papéis, rompendo preconceitos e estereótipos em torno de um modelo dito feminino, essa diferença de sexo gradativamente diminuído. No entanto em face da especificidade do papel feminino, vivido na estrutura familiar das mulheres entrevistadas, onde assume a responsabilidade pelos filhos, pelos afazeres domésticos e manutenção econômica da família, é algo que lhe exige permanente “sobriedade”.

Os estudos de Hochgraf e Brasiliano (2004) revelaram que o fato de beberem sozinhas em casa, aumenta o risco para o isolamento social. No entanto, nas falas de três das entrevistadas puderam-se perceber alterações nesse padrão de comportamento: as participantes não bebem mais sozinhas.

Essas alterações têm sido observadas com maior frequência, o que pode ser atribuído à conquista da igualdade de direitos entre homens e mulheres, resultantes das lutas e movimentos feministas das décadas de 1960 a 1980, desencadeando uma tendência também em relação à igualdade no consumo de drogas, influenciada pela mudança no estilo de vida que a mulher adquiriu juntamente com seus novos papéis e responsabilidades (ALMEIDA-FILHO, 2004; BARROS et al., 2005):

[...] Eu bebia com o povo da rua, todinho! Sempre aparece alguém (Rosa Castanha Chá).

[...] Bebia com todo mundo, todo tipo de bebida (Rosa Vermelha).

[...] Não gosto de beber no trabalho nem em casa, só na rua com conhecidas (Rosa).

Quanto aos problemas psicossociais, depressão e angústia apareceram nas falas das mulheres entrevistadas como consequência do uso de álcool. Estudos realizados por Pillon e Luiz (2004); Nóbrega e Oliveira (2005) sobre comorbidades indicam que mulheres alcoolistas apresentam transtornos de ansiedade e depressão como diagnósticos psiquiátricos mais frequentes. Isto se evidencia no discurso das entrevistadas que citou o isolamento, angústia e a depressão como problemas psicológicos em consequência do uso.

Dentre as consequências mencionadas pelas entrevistadas como problemas psicológicos decorrentes do uso, duas delas citaram a falta de estímulo para viver. Uma vez que se aproximam das queixas vagas de pensamentos em morrer, estas deixam mostrar o profundo desconforto com sua vida:

[...] Eu tava uma pessoa que não ligava de roupa, de cabelo, de unha, não ligava pra nada, só de beber! Bebia pra dormir e bebia pra acordar. Acho que queria morrer (Rosa Roxa).

[...] não fazia nada, aí fiquei doente que tristeza, com muita depressão, não fazia nada, quero morrer! (Rosa Amarela).

Para Hochgraf (1995), a relação entre alcoolismo e tentativas de suicídio é vinculada não só a transtornos afetivos, como também à erosão das redes sociais, danos nas relações interpessoais e distúrbios do controle de impulso. O estabelecimento da relação alcoolismo-depressão-suicídio relaciona-se ao fato de que as mulheres alcoolistas têm comumente transtornos depressivos ou, de outro modo, as mulheres são mais identificadas como depressivas quando acometidas por transtorno mentais.

Podemos pensar hipoteticamente que as tentativas de suicídio teriam alguma correlação com estes quadros depressivos. E ainda mais, parece haver além da urgência de se desenvolverem estratégias de sensibilização das mulheres para o tratamento, algum tipo especial de caminho a ser cursado no acompanhamento do sofrimento delas.

Ainda como consequências do uso, problemas psicossociais o trabalho são identificados na fala de duas das entrevistadas: compareciam ao trabalho embriagadas, apresentaram dificuldades em desempenhar suas atribuições profissionais. Como pode ser evidenciado na fala de Rosa Vermelha:

[...] antigamente, trabalhava bêbada com isso aí (aponta para a máquina), ia com a máquina de um lado para o outro, e não vendia nada não conseguia trabalhar perdia cliente (pausa) mais hoje em dia eu estou lutando contra isso (Rosa Vermelha).

Pode ser compreendido a partir da fala da entrevistada o peso em sustentar seu papel profissional. Segundo Hochgraf (1995), os homens geralmente apresentam como consequência do alcoolismo, principalmente problemas legais e ocupacionais. Notam-se aqui as mulheres seguindo as mesmas trajetórias dos homens, no que diz respeito a problemas profissionais em decorrência do uso de álcool.

As entrevistadas pontuaram também os problemas clínicos como consequência do uso de álcool: hipertensão, inapetência, tontura, conforme fala da entrevistada Rosa Amarela:

[...] No uso da bebida fico sem comer por muito tempo, com a pressão alta. [...] Quando eu bebia ficava tonta, ficava sem, sem coordenação motora.

Para Edwards et al.(2005), embora as mulheres comecem a beber sem controle mais tarde que os homens, a forma como metabolizam o álcool parece pô-las em maior risco de desenvolver complicações clínicas mais precocemente que os homens. Segundo Zilberman et al. (2003), as complicações clínicas mais frequentes são: diabetes, cirrose hepática, prejuízos cognitivos, hipertensão e desnutrição.

De acordo com Novaes et al. (2000), o alcoolismo feminino provocar decorrências mais graves às mulheres do que aos homens, pelo fato de que o impacto na saúde física da mulher ocorre com menor uso de doses de álcool ingeridas do que as toleradas pelos homens. Para o sexo masculino, o risco de desenvolver uma cirrose, por exemplo, acontece entre 10 a 15 anos após o início da patologia; já no sexo feminino, essa média é de cinco anos.

Bauer (2004) sugere que o desenvolvimento do alcoolismo em mulheres passa por diferentes caminhos daqueles percorridos pelos homens. Pelo fato que biologicamente, elas são menos tolerantes ao álcool do que os homens, e atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas com as mesmas doses. Isso acontece devido à menor quantidade de água corporal, em detrimento de maior quantidade de gordura; associados a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool, implicam no fato de que as mulheres precisam da metade da dose ingerida pelos homens para se intoxicarem, sempre levando em conta seu peso e a altura.

Dentro da categoria cognitiva, outro aspecto a ser analisado é a **situação de uso** em que encontramos dois temas centrais: situação pública e situação privada. O que chama atenção é que a maior parte das entrevistadas fazia uso de álcool somente em situação pública e apenas uma fazia em situação privada:

[...] Bebia com todo mundo, na rua, nos bares com todo tipo de bebida em qualquer local. (Rosa Vermelha).

[...] Não gosto de beber no trabalho nem em casa, só na rua com conhecidas (Rosa).

Este achado se contrapõe com os estudos de Hochgraf e Brasiliano (2004), que apontaram justamente essa diferença no comportamento de beber entre homens e mulheres: enquanto os homens, geralmente, são freqüentadores de bares, as mulheres preferem beber sozinhas.

Vale ressaltar que a única entrevistada que falou da preferência de beber em casa, ou seja, em situação privada revelou que não faz escondido dos seus familiares, bebe fazendo a atividade doméstica. No entanto, agora ela se acha velha para beber em público, quando era mais nova gostava de beber em festas e restaurante juntos com amigos, cunhado e esposo. Pode-se apontar para a questão de gênero no discurso de Rosa Roxa, pois, existem especificidades das representações sociais para explicar diferentes condutas perante o consumo de bebidas alcoólicas entre os sexos. Segundo Wilsnack (2005) as responsabilidades sociais entre homens e mulheres são afetadas desigualmente. Podem-se perceber pelo o fato que os homens bebem abusivo para ignorar as responsabilidades sociais tais como adotarem papéis domésticos. No entanto, as responsabilidades sociais via de regra são assumidas pelas mulheres, particularmente em casa, vivido por Rosa Roxa de 59 anos casada, não trabalha visto na sua fala abaixo:

[...] Agora bebo em casa estou velha tenho que fazer almoço, lava roupa, arruma a casa. Não tenho empregada. Às vezes aparece uma sobrinha que criei e ajuda, os filhos casaram e não moram comigo. Meu marido não ajuda em nada, só suja. Mas ele gosta de beber sua bebida no final de semana o dia inteiro e não posso falar nada. Os meus filhos acham isso certo (Rosa Roxa).

Por outro lado, as falas vão ao encontro dos resultados de um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), segundo o qual o comportamento de beber entre as mulheres vem se alterando para um consumo mais elevado, aproximado do padrão de consumo masculino, que sempre foi historicamente mais significativo em diferentes épocas e contextos culturais.

Comparando a fala das cinco entrevistadas, percebemos que as alterações nas dimensões cognitivas e afetivas possibilitam transformações nas atitudes e comportamentos diante do uso de bebidas alcoólicas. A princípio, as entrevistadas não sabem exatamente o que fazer. Muitas vezes, negam o problema, adiando o enfrentamento. Outras vezes, ficam paralisadas pelo receio e pela angústia. Quando não existe mais possibilidade de sustentar tal posição, no

engano da onipotência, se enrolam em um emaranhado de ambigüidade, que oscila entre prazer, tristeza e solidão que podemos sugerir em função do preconceito desencadeando comportamentos polarizados.

Buscam um sentido mais claro sobre o alcoolismo em relação à saúde e à doença na sua vida diária. Revelam compreensão dos problemas psicossociais e clínicos que as afetam, e tentam lidar com tais prejuízos no cotidiano e, através da aceitação e mudanças de comportamentos, conseguem construir uma relação mais bem-sucedida. Mas, observamos que certo tempo é necessário para desenvolver este saber e aplicá-lo.

Pode-se pensar de acordo com os discursos das mulheres entrevistadas que são as causas psicossociais levam a manifestação e o desenvolvimento do alcoolismo feminino. Isto se confirma nas falas de todas bem citada por; Rosa Amarela assegura que as causas conferidas ao uso do álcool sem controle é ficar sozinha, sentir angustia e ter raiva. Rosa Amarela afirma que é muito difícil sobreviver sozinha e o desprezo das pessoas fazendo com que ela não sentisse vontade de comer e nem de conversar só vontade de beber. (Solidão)

5.2.3 Categoria de conduta em relação ao alcoolismo feminino

A terceira e última categoria analisada foi a de conduta, visando a reconstruir os caminhos terapêuticos usados pelas mulheres alcoolistas perante o alcoolismo feminino. Refere-se a ações e comportamento a respeito do uso de álcool, focalizando em como lidar com alcoolismo e qual caminho terapêutico usado em relação à problemática. Nesta categoria, apareceram como temas centrais cinco caminhos terapêuticos usados pelas mulheres entrevistadas para o enfrentamento do alcoolismo: sozinha, religião, hospital geral, grupo de alcoólicos anônimos (AA) e o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad).

Para enfrentar o problema, a primeira estratégia foi tentar parar espontaneamente:

[...] Comecei tentar deixar de beber a cachaça por mim mesma e ai começou a entrar a abstinência: desmaiava, chorava, dava tapa, gritava é um vício horrível (Rosa Vermelha).

[...] Eu por mim mesma quis parar de usa o álcool, eu fui tendo abstinência, passando mal porque é muito difícil se controlar quem está aviciada na cachaça não se controla, é um vício feio e triste (Rosa Amarela).

Muitas vezes a pessoa não percebe a ligação entre seus problemas e o uso de álcool. No início das dificuldades provocada pelo uso e ignorada que o álcool é uma droga psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central, provocando uma alteração no comportamento de quem o consome, podendo levar a dependência bem vivenciada por quase todas das entrevistadas. Devido ao fato que para muitas pessoas, pensarem que droga é somente aquela substância cujo consumo é proibido, ou seja, as chamadas drogas ilegais.

No entanto, o álcool é uma das drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e, até incentivado pela sociedade (CARLINI et al., 2006).

Contudo no achado da pesquisa aponta para as representações sociais em relação ao uso de drogas, todas as entrevistadas revelou conceitos e valor no pronunciamento semelhante em analogia às drogas lícita e ilícitas. Afirmou que o álcool não é uma droga, pois, drogas são aquelas que as pessoas usam e tornam se marginal, criminoso, ladrão e provocam violências para os outros. E que a nossa sociedade não aceita de forma alguma o seu uso, pro isso é proibido sua venda e seu uso. Esse achado revelou o preconceito das entrevistadas perante o uso de drogas ilícitas e a dificuldade das participantes que não conseguem estabelecer as correlações das drogas psicotrópicas mesmo usando uma destas drogas pode-se ser visto na fala de Rosa.

[...] Minha filha usava esse crack, maconha roubava em qualquer lugar mesmo na minha casa e também na casa da avó ela ante de usa droga não fazia isso. Mas depois até chegou bateu em me, ontem ela foi assassinada por causa da droga Não adiantou de nada fala que era droga e proibida por Lei. Ia para prisão ou matarem, entrava no ouvido e saia no outro (pausa). Graça a Deus que não uso droga sou doente e viciada na cachaça (Rosa).

Alguma das entrevistadas percebe o alcoolismo como vício, e o “aviciar-se na cachaça” é caracterizado pela perda do controle. Vício e alcoolismo são nestas falas conceitos que se entrelaçam. Não sentimos na sua forma de conceito vício, um valor de ordem moral, mas um hábito costumeiro de beber, que pela sua frequência e perda de controle, levando a instalação e manifestação do alcoolismo. Nas falas acima estão implícitas a relevância da bebida e o aumento da tolerância, sintomas apontados por Nardi e Nunes (2000).

Pode-se pensar na possibilidade que o alcoolismo feminino continua sendo ainda o caso de invisibilidade nos serviços especializados pela amostra da presente pesquisa: apenas cinco mulheres se encontravam em tratamento no CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro durante o período de coleta, embora estudos publicados revelem que o uso de álcool abusivo e o diagnóstico de alcoolismo entre mulheres vêm crescendo. Como indica a pesquisa realizada em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que havia uma mulher para

cada três homens com o diagnóstico de alcoolismo, nas 107 maiores cidades do país, incluindo Recife. No entanto, a procura por tratamento tem sido representada por quantitativo bastante pequeno e quando faz a procura deste tratamento é mais tardio, o que pode lhes acarretar mais comprometimentos ao longo do tempo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2001, 2005).

A falta ou o pouco apoio social para mulheres alcoolistas fazem com que elas assumam para si a incumbência pela solução da problemática, acreditando que podem dar conta dos seus anseios e vontades. Assim, com o objetivo de interromper o consumo de álcool, qualquer estratégia é válida. Apontada como último recurso está à busca pelo tratamento especializado.

Na categoria de conduta, outro caminho terapêutico usado por uma das mulheres entrevistadas foi o apoio da religião:

[...] Agora estou indo para a igreja protestante agora sei que tenho de criar estratégias para não fazer uso abusivo de bebidas, tenho agora meu Deus. Pois o álcool e o diabo andam junto são os nossos inimigos. Quem usa o álcool comete pecado à bíblia fala. Lá na minha igreja todos os irmãos estão orando por mi e dando maior força, lutando para eu não usa nada de álcool e doença aqui (CAPS-ad). Minha mãe já não gostou, ela é católica não gosta de crente. Mas tem outra coisa eu bebo mais pra afoga a mente, desprezo angustia e essa depressão que não acaba nunca (Rosa Vermelha).

O caminho terapêutico usado por uma das entrevistadas foi de ordem religiosa está mais relacionado aos maus espíritos que elimina de qualquer responsabilidade. O ato de beber é colocado fora, na dimensão do sobrenatural.

A Igreja protestante é percebida pela entrevistada Rosa Vermelha, como a principal saída para não usa bebidas alcoólicas dentre outras religiões. A relação entre afiliação religiosa e alcoolismo tem sido estudada por autores como Minayo (1998) e Montero (1985), em estabelecer correlações entre os determinantes sócio-culturais e alcoolismo.

No caso de Rosa Vermelha mostrou-se que a perspectiva religiosa que tomar álcool é uma falta moral, um pecado. Não importa a quantidade, se proíbe totalmente beber álcool. O protestante não trata a dependência, mas o uso do álcool por si só. O combate ser contra o álcool tem outra vantagem estratégica sobre o cuidado com a dependência. A luta contra a dependência é uma luta privada e interior do alcoolista consigo mesmo, enquanto que o álcool e o diabo são inimigos externos. O combate contra o álcool envolve uma luta coletiva, que envolva a totalidade da comunidade religiosa. Portanto, a luta pela sobriedade não é um assunto meramente individual ou pessoal. Tão pouco está restringido a um grupo de gente

dependente do álcool. Envolve-se numa luta coletiva, uma luta de toda igreja em conjunto. Que se pode dizer o êxtase religioso toma o lugar do álcool.

No entanto observou-se na fala da entrevistada levando em conta os fatores psicológicos, apontou-se existências de aspectos conflitantes no discurso. Na conversão religiosa, esses núcleos comprometidos não são trabalhados, apenas sublimados. Assinalado em fala de Rosa Vermelha, que combinou a religião protestante com o atendimento do CAPS-ad para dar conta do seu sofrimento.

A percepção popular, de que essa forma de religiosidade, é uma alternativa viável para a recuperação do alcoolismo feminino parece ser um indicativo da necessidade de estudos mais acurados sobre essa temática.

Outro tema que emergiu na categoria de conduta, o Hospital Geral foi destacado como caminho terapêutico usado pelas entrevistadas para o enfrentamento do alcoolismo. Chamou atenção a conduta do profissional médico, evidenciada na fala de uma das entrevistadas. Rosa Roxa critica a falta de cuidado de alguns profissionais que podem, ao invés de contribuir, atrapalhar a busca pelo tratamento e a resolução do problema. Ela descreve, ainda, a dificuldade de reconhecer o consumo abusivo do álcool, por esta ser uma droga socialmente aceita e estimulada:

[...] Fui socorrida no posto de saúde, estava me sentindo mal e aí descobri que estava com anemia e diabete, o alcoolismo eu já sabia. Aí fiquei preocupada com a diabete a, hipertensão aí falei com a minha filha que conhece alguém do Hospital Geral e fui pra lá, fiquei oito dias internada, mas o médico deu alta porque as taxas estavam controladas, então eu disse já! Quero ficar aqui! Ele explicou que a diabete piorou por causa do uso da bebida, e a hipertensão pelo meu stress que eu não tinha alcoolismo, se tivesse ficaria internada lá, e que não era pra eu beber.

O relato acima ratifica os achados do estudo de Simão, Kerr-Correa e Dalben (2002). As autoras sugeriram que a visão da sociedade em geral e dos médicos sobre o uso de bebidas alcoólicas pelas mulheres está relacionado ao marcador das relações sociais, aceitado e não patológico, dificultando o seu diagnóstico.

O estudo encontrou também que os profissionais de saúde, em geral, têm muita dificuldade em diagnosticar alcoolismo em mulheres. Dado obtido no John Hopkins Hospital verificou que o alcoolismo feminino era ignorado em cerca de 30% a 93% das pacientes internadas, mesmo que relatassem que faziam uso de álcool. No caso acima citado revelou a dificuldade e o preconceito do médico em averiguar, ou mesmo considera relevante o uso de bebidas alcoólicas nas queixas e o relato da própria paciente. Mesmo diante das consequências clínicas gerada pelo alcoolismo.

Na categoria de conduta, outro tema central focado foi o A.A., considerado dispositivo de apoio social ao alcoolista para ambos os sexos e pontuado pela entrevistada Rosa Roxa como possibilidade de tratamento para o alcoolismo feminino. Caminho terapêutico usado por ela mesma, com resposta positiva. Este achado se contrapõe aos estudos que defendem a abordagem em programas de tratamento do alcoolismo exclusivamente femininos, pois as mulheres apresentam quadros peculiares, necessitando de abordagens distintas para se recuperarem. Desta forma, os programas de tratamento que atendessem às necessidades das mulheres usuárias de álcool, separadamente dos homens, obteriam melhores resultados (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

Mesmo sabendo-se que, em geral, há interação entre homens e mulheres nos atendimentos em grupo, os interesses dos homens predominam, especialmente quando as mulheres estão em menor número - o que geralmente acontece nos tratamentos para dependência alcoólica. A entrevistada Rosa Roxa demonstrou-se motivada na sua fala sobre a abordagem em programas de tratamento do Alcoolismo para ambos os sexos:

[...] Tinha tentado o A.A. para parar o uso de bebidas, gostei e ganhei duas fichas, uma de um mês e a outra de dez meses sem beber. (...) Eu e Maria, duas alcoolistas no grupo, o resto eram homens, eu gostava deles! Todinho! A gente vivia naquele ambiente saudável (Rosa Roxa).

De acordo com resultados obtidos por Hochgraf e Brasiliano (*op. cit.*), mulheres alcoolistas teriam uma evolução significativamente melhor em serviços de tratamentos específicos para mulheres. Isto ocorreria pela possibilidade de verem suas necessidades atendidas e não se sentirem criticadas ou obrigadas a compartilhar suas dificuldades com os homens. Dessa maneira, poderiam chegar ao tratamento específico com menor dificuldade e, também, acabariam procurando tratamento mais cedo. É importante enfatizar que as entrevistadas caminharam em outras direções das recomendações acima.

É importante ressaltar que a entrevistada Rosa Roxa relatou que abandonou o tratamento no AA por pressão pessoal, devido ao fato de seu marido ficou com ciúme, pois, os AA têm mais frequência de homens. No entanto a entrevistada afirmou que era bastante positivo ficando em abstinência por vários meses e um ambiente saudável e respeitador. E devido o ocorrido sua família pensou em colocá-la em tratamento em atendimento no consultório do medico psiquiatra particular mais era caro e eles não podiam pagar.

Rosa Roxa também fala que seu marido estudou em local que a maioria era mulheres como também o trabalho dele é do mesmo contexto, não existem problemas com esses fatos.

No entanto agora ele não se importa onde será o seu tratamento, ela acredita por que esta mais velha e mal tratada fisicamente. Isso aponta para a conexão entre a perspectiva de gênero e as representações sociais com base ao sistema de signos e símbolos que denota as relações de poder e hierarquia entre os sexos. Reforçando a ideologia da superioridade/dominação masculina, bem como a inferioridade/subordinação feminina apontou para as relações desiguais entre os sexos bem citado por Pretto (2004).

Outro tema central nesta categoria foi a menção do CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro como caminho terapêutico usado pelas mulheres alcoolistas entrevistadas, avaliado por todas como uma resposta positiva ao seu tratamento:

[...] A ambulância trouxe para cá, estava na rua desmaiada bêbada . Eu descobri aqui no CAPS que tinha uma doença. Deram-me conselho, me botaram pra frente e me mandaram para o Hospital (UD) para limpar o meu sangue. Saí de lá direto para o Albergue (CMC) passar alguns dias internada. Depois da alta no albergue voltei para o CAPS-ad. Agora estou neste serviço, até hoje, em tratamento. Foi assistente social, me botou internada, e me botou no benefício fiquei lá internada quase um ano. Assistente social mandou para casa dos velhos porque eu não tinha casa, ficava pela rua. Agora moro na casa da minha filha (Rosa Castanha Chá).

O Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) Eulâmpio Cordeiro, é um serviço ambulatorial público de gestão municipal do Recife que oferece cuidado intensivo e atendimento terapêutico aos usuários que demandam assistência a saúde mental. Nesse serviço o usuário tem a possibilidade de encontrar a assistência à saúde diariamente, sem estar internado. A forma de atendimento é personalizada, específica, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar, as redes sociais. Enfatiza-se a busca de autonomia, liberdade, emancipação, direito à voz e à escuta (BRASIL, 2004).

Os achados deste estudo ratificam que a rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas do Recife tem como base os princípios do SUS- Universalidade, Integralidade e Equidade. Mostram que o CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro contou com a rede de apoio, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Desintoxicação (UD), e as Casas do Meio do Caminho (Albergues Terapêuticos) (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Revelou na falas das entrevistadas que abstinência não é a única estratégia utilizada pelas mulheres em seu caminho terapêutico:

[...] Eu preciso de ajuda, sem isso fica muito difícil se segurar. O apoio da família, de pessoa e do CAPS principalmente. (...) Estou aqui, mas tudo eu falo com a minha TR [Técnica de Referência do CAPS-ad], não escondo nada dela. Fui ao

aniversario neste fim de semana de uma colega, só bebi três cerveja e eu segurei. Não fiz uso de cachaça sair logo e fui pra casa, mesmo o pessoal “vem beber!”, “fica pra outra vez”, e saí bem rápido (Rosa).

Esse achado demonstrou que a Redução de Danos tem sido utilizada pelo serviço como estratégia de orientação terapêutica, em consonância com a Política de Álcool e Outras Drogas do SUS - centrada nas necessidades do público-alvo; e, no caso concreto, que a entrevistada conseguiu reduzir os seus danos no uso de álcool.

Vale salientar que a entrevistada Rosa usou a estratégia de RD dentro do que é possível e estabelecido entre o ideal e o real. A mesma tem casa própria, solteira, mora sozinha, não terminou o ensino fundamental sua única renda é vender bebidas alcoólicas na sua carroça em baixo do viaduto.

As entrevistadas combinam diferentes caminhos terapêuticos, buscando dar conta das distintas dimensões do alcoolismo. Nesse sentido, recorrer a equipamentos que não estão mapeados na rede tradicional de saúde constituiu suas estratégias, talvez como formas de relativizar o saber médico, como já apontara Montero (1985). Vide depoimento da Rosa Vermelha:

[...] Foi à igreja evangélica que iniciou a minha cura no uso do álcool. Ouvindo hinos e a palavra de Deus e depois aqui [CAPS-ad] a igreja aconselhou que eu permanecesse aqui porque Deus é o médico dos médicos e vai ajuda a minha depressão.

Analisando as entrevistas como uma totalidade, podemos sugerir que o conhecimento que as participantes possuem sobre a questão do alcoolismo feminino é originário de duas grandes fontes: a observação do cotidiano, englobando a experimentação pessoal, vizinhos, amigos, e familiares; e as informações recolhidas durante o percurso de tentativas de superação do problema.

Destacaram-se com maior frequência a confiança na equipe de saúde do CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro, igrejas, nos grupos de apoio e a troca de informações com outros usuários que encontram e conhecem ao longo dos tratamentos. Além disso, as orientações de médicos clínicos e psiquiatras, assim como os conhecimentos compartilhados nos grupos em que participam como forma de tratamento para a superação dos danos provocados pelo uso excessivo de álcool.

Com mais de um ano de tratamento (verificado pela observação dos seus prontuários), as participantes já trilharam um longo percurso e conseguiram reconhecer as suas próprias necessidades diante da questão. Assim, quando questionadas sobre o que fizeram após a

descoberta do diagnóstico do alcoolismo, relatam que buscaram algum tipo de tratamento. Porém, a análise das entrevistas com maior profundidade junto com os prontuários permitiu identificar que, na maioria das vezes, o tratamento só foi de fato buscado depois de longos períodos de sofrimento e tentativas isoladas.

A busca imediata por tratamento especializado é muito rara. Quando acontece é em direção a grupos de apoio, como o A.A, principalmente se a droga de dependência é o álcool. Em sua maioria, levam muito tempo para, de fato, admitir que precisem de suporte técnico especializado; até desistirem de esperar que uma solução mágica aconteça e reconhecerem a dificuldade de enfrentar o problema, o processo é longo e difícil, tanto para alcoolistas, quanto para a família. Assim, Rosa Castanha Chá descreve:

[...] O médico [CAPS-ad] mesmo disse que eu não posso beber mais, porque o meu estômago não agüenta mais, aí não dá pra beber, mas faz mais que trinta anos que bebo sem parar. Não sabia dessa doença. Perdi tudo e minha filha achava que era safadeza.

Nessa categoria de conduta também se analisaram ponderações que permitiram um reposicionamento em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, expectativas sobre tratamento e o papel das mulheres alcoolistas na superação do alcoolismo. Temas centrais, como tipos de bebida, locais de risco e influência de pessoas, foram apontados por todas as entrevistadas como estímulo ao uso de álcool. Perante tais questões, cada uma das entrevistadas criou sua própria maneira de evitar ou diminuir os danos para sua vida em relação ao uso de bebidas alcoólicas.

Pudemos observar mudanças de conduta em relação ao tipo de bebida consumido pelas entrevistadas: a cachaça é relacionada à doença, ou seja, beber cachaça remete ao alcoolismo, à falta de controle do uso. Já a cerveja tem outra representação social: é considerada uma bebida mais saudável, e seu uso é passível de maior controle.

Neste sentido, as entrevistadas criam suas estratégias de redução de danos: bebidas alcoólicas com menor concentração de álcool, com a finalidade de diminuir os prejuízos em suas vidas. A representação da cachaça como bebida de quem não tem controle sobre o uso de álcool aparece na fala das entrevistadas:

[...] Eu não me achava doente não! Não era alcoólica não. No inicio bebia cerveja sem problemas. Ia para as festas, ia para os clubes mais meu cunhado, minha cunhada, meu irmão. Já era casada com 27 anos e já era mãe de quatro filhos. Foi porque comecei a usa vodka. Vamos tomar vodka porque a cerveja é muito cara,

vamos tomar vodka e aí começou tomando vodka. Hoje em dia não suporto vodka. Aí, comecei a tomar pitu e pitu fiquei (Rosa Roxa).

A instalação do alcoolismo é insidiosa e lenta. No início, as mulheres usam bebidas com menor teor alcoólico, como a cerveja; com o avanço da doença, outras bebidas com maior teor alcoólico passam ser utilizadas, como a vodka ou a cachaça.

Outra conduta identificada no enfrentamento do alcoolismo é o afastamento do convívio com pessoas que também fazem uso freqüente de álcool, como forma de escapar da influência que exercem, conforme citado por Rosa Vermelha:

[...] Eu me afasto de quem bebe, até da minha amiga. Todo mundo que bebe eu estou me afastando. Eu não deixo de falar, mas aquelas pessoas que eu convivia lá atrás, aí eu já não convivo mais, eu falo e passo por elas.

Em relação ao percurso de acesso ao tratamento, a maioria das mulheres alcoolistas deste estudo procurou pelo serviço espontaneamente - sendo que uma delas foi encaminhada pela Unidade Básica de Saúde - pelo desejo de parar, para reduzir o uso abusivo ou por problemas associados, e uma das entrevistadas foi levada pela ambulância para o CAPS-ad.

Na narrativa de Rosa Castanha Chá, de 68 anos, solteira, tem filho e recebe auxílio da previdência percebe-se que a motivação para buscar tratamento não partiu dela própria, pois não houve percepção dos efeitos do álcool no organismo e na sua vida. A procura pelo tratamento é, muitas vezes, induzida por outros atores sociais, em função da ocorrência de eventos que chamam a atenção dos agentes da rede de cuidados:

[...] Caí na rua, desmaiada, e a ambulância me trouxe pra cá [CAPS-ad] estava bêbada. [...] Eu descobri aqui que estava com alcoolismo, me deram conselho, me botaram pra frente.

O aconselhamento do profissional foi determinante nesse processo, porém, essa decisão pode ter ocorrido em virtude da crítica recebida ou do medo da doença.

Muitos são os eventos e/ou elementos desencadeadores que encorajam, estimulam e reforçam a busca pelo tratamento, mesmo quando estes não estão relacionados, diretamente, ao problema com a bebida ou quando o alcoolismo não é visto como principal problema.

A entrevistada Rosa Amarela, de 57 anos, solteira, não tem filho e não trabalha encontrou na irmã a motivação para buscar o tratamento, mesmo não compreendendo sua doença, pois acreditava que podia beber novamente como fazia no início do uso de bebidas alcoólicas. A entrevistada destacou a importância do apoio da família e descreveu o processo

de transformação da representação que tinha sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Ela afirma, através da sua experiência, como esta mudança pode contribuir pra a superação do alcoolismo:

[...] Eu achava que não era doente porque eu bebia muito. Fui conversando com minhas irmãs, minhas irmãs são todas evangélicas, elas conversando comigo, dando conselho, eu achava que podia beber sem problemas e depois, vim para cá. Que está fazendo onze meses que estou sem beber e agora sei da minha doença. Não quero mais bebida nenhuma na minha vida

Rosa Vermelha, 52 anos, separada, tem filho e trabalhar buscou ajuda no CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro por motivos secundários, não sendo o alcoolismo sua principal preocupação ou queixa, mas sim a depressão. A depressão é considerada comum entre pessoas com problemas relacionados ao álcool e é um dos elementos desencadeadores e decisivos na busca de tratamentos. No seu relato:

[...] Eu cheguei desse jeito, com crise de depressão. Uma depressão muito forte eu agarrei na minha mãe, “eu vou enlouquecer com essa depressão” tenho que fazer alguma coisa para passar.

Rosa, 47 anos, solteira, tem filho e trabalhar chegou ao CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro via encaminhamento da médica da sua Unidade de Saúde da Família:

[...] cheguei [CAPS-ad] com o encaminhamento da médica do posto [PSF], mas achava que não precisava disto, basta também a gente querer, e veja: eu estou aqui. [...] Só percebi quanto eu tive muitos prejuízos, gastava o dinheiro em bebida, não podia pagar as mercadorias da minha carroça.

As mulheres tendem a procurar os serviços de saúde generalistas e não os serviços especializados, pelo menos na primeira vez. Foi o caso de Rosa, acima relatado, em que o encaminhamento do profissional da Atenção Básica foi determinante nesse processo. Até então, não percebido pela entrevistada Rosa. Um grande número de mulheres, após a década de 1980, virou chefe de família, sendo responsável pela família, com dupla jornada de trabalho (ALMEIDA-FILHO, 2004).

De forma geral, as participantes descrevem a combinação de mais de um tipo de tratamento. Além da equipe de profissionais, com muita frequência é citado um período de tratamento alternativo e, também, o reconhecimento da necessidade da implicação delas no próprio tratamento.

As responsabilidades pela manutenção e provisão familiar dependem da capacidade laboral e estabelecimento de um vínculo de trabalho.

No relato de Rosa Roxa, 59 anos, casada, tem filho não trabalhar os prejuízos foram percebidos com maior gravidade:

[...] Agora em janeiro, quanto eu pedi para me_ internar, eu tava sufocada. Aqui estou, eu tava uma pessoa que não ligava de roupa, de cabelo, de unha, não ligava pra nada, só de beber! Bebia pra dormir e bebia pra acordar. Minha filha disse que conhecia um lugar bom se eu queria fazer o tratamento aqui? Eu disse que sim.

Após passar por um momento de dor, sofrimento, neste caso, o fator determinante – “filha” – exerceu influência na decisão pelo tratamento, contrapondo estudo desenvolvido por Nóbrega e Oliveira (2005, p. 820), no qual “os familiares, pais, filhos e amigos não exerceram influência na decisão das mulheres alcoolistas procurarem por tratamento [...]”.

Todos os fatores ou transtornos decorrentes do uso problemático do álcool podem contribuir para, em algum momento ao longo da vida da alcoolista, ser motivação suficiente para a busca de tratamento.

Para a maior parte dessas mulheres, as motivações para procurar tratamento se apresentaram de várias formas, devendo ser valorizadas pelo profissional que as atenderem ou por qualquer pessoa do seu convívio social e familiar.

As participantes, ao relatarem a atitude tomada diante da descoberta do alcoolismo, se dividem principalmente em duas situações: conversar com alguém ou sozinha enfrentar o problema.

A atitude de conversar é descrita como um aconselhamento, onde basicamente se explica que o ato de consumir bebidas sem controle é tido como algo errado, feio e prejudicial, principalmente para mulheres. Então, em nome deste cuidado, as mulheres alcoolistas passam a ter apoio e atenção, e ser alvos de controle e vigilância das pessoas que as cercam.

Algumas das entrevistadas tentaram parar de beber por conta própria, e entraram em abstinência – o que dificultou mais ainda o manejo do problema. Podemos ressaltar as mudanças dos discursos destas mulheres quanto à expectativa do tratamento: no início, a intenção era encontrar respostas precisas e soluções rápidas. Assim, desejavam um manual de procedimentos que barrasse, imediatamente, sua vontade de beber.

Durante o percurso do tratamento, elas depararam-se com a necessidade da adesão e do esforço para poder encontrar suas próprias estratégias de enfrentamento, únicas e específicas

de cada caso. Descobriram que somente elas poderiam encontrar uma forma criativa de refazer o seu próprio caminho, para reduzir os seus prejuízos provocados pelo o uso de álcool nas suas vidas. Citado no relato abaixo:

[...] Por mim mesma junto com os técnicos criando alternativas, pois, o medico só passar remédio, vitamina e remédio pra dormir, isso não adiantam, não tira a vontade de beber, não. No início do tratamento eu pensava que existia uma receita que tirasse a vontade de beber. Agora sei que tenho que criar estratégias para não fazer o uso de bebidas sem controle (Rosa Vermelha).

As entrevistadas recorreram ao CAPS-ad Eulâmpio Cordeiro trazendo como queixa o consumo de álcool: uma chegou depois de ter buscado ajuda através da abordagem da abstinência total de ingestão de bebidas alcoólicas. Outras se apresentaram ao serviço num momento de desespero, ao se depararem com a grande descoberta: “estar com uma doença denominada alcoolismo”. E, ainda, aquelas que apareceram na encruzilhada que as obrigou a enxergar o que há algum tempo já sabiam, mas não acreditavam: “a relação dela com o álcool tem algo de complicado e prejuízos” ou ainda, “agora os outros já sabem, que vergonha”. Na tentativa de lidar com a grande confusão de sentimentos, vão à busca de respostas prontas, desejam quase que fórmulas mágicas e se deparam com a grande frustração: fórmulas mágicas não existem.

Encontrou-se demanda pequena, mas diferenciada em atendimento neste serviço, com características distintas. Três concepções permeiam os comportamentos diante do alcoolismo: elas conseguem perceber tanto os aspectos bons quanto os ruins em relação ao uso de bebidas alcoólicas, além de terem certa consciência da relação entre os seus problemas e o uso; elas consideram tanto a necessidade de mudar seu comportamento, quanto a rejeitam. Podem-se observar fantasias e medos para desconstruir alguns preconceitos, possibilitar a criação de um sentido novo para a questão e um reposicionamento frente ao alcoolismo e ou queixa apresentada.

Por fim, as entrevistadas reconhecem que o uso excessivo do álcool é o causador de seus problemas e se propõem a mudar de comportamento, desenvolvendo um plano ou estratégias que ajudem a colocar em prática a mudança de comportamento. Acreditam que podem fazer tudo para controlar o uso de bebida, se representam como capazes de se proteger e de se cuidar. Com a crença de que só elas sabem e podem decidir pelo uso de álcool ou não. Essa é a condição imaginária que dá experiência a essas mulheres alcoolistas.

Para essas mulheres, o trabalho de reposicionamento e reestruturação se mistura com a necessidade de uma nova representação da vida. Não só diante do uso de álcool, mas também

do processo de recuperação do alcoolismo, que se traduz pela tentativa de manter a abstinência do álcool.

As falas das entrevistadas, assim como o acesso aos seus prontuários, permitiram perceber o processo de transformação da representação sobre o uso de álcool. É possível alegar que a categoria afetiva e a categoria de conduta são fundamentais no processo de recuperação do alcoolismo.

Todo o sofrimento das entrevistadas está ligado, principalmente, à representação social compartilhada, permeada por preconceitos, crenças, estereótipos, informações distorcidas e fantasias que, muitas vezes, não correspondem à realidade. O trabalho de acolhimento desse sofrimento é muito relevante e, aos poucos, a entrada de novas informações, questionamentos e o confronto da fantasia com a realidade vão contribuindo para a reestruturação da representação.

Há diferenças significativas na compreensão sobre o tipo de tratamento mais adequado para uma pessoa que desenvolve problemas em decorrência do consumo de álcool. As participantes em início de tratamento estão tomadas pelos seus sentimentos e receios e ainda não se organizaram o bastante para fazer uma reflexão mais profunda sobre qual o melhor caminho para superar a questão.

As que já têm um percurso no tratamento puderam viver experiências mais diversificadas na sua busca por sentido para o consumo de bebidas alcoólicas, através da aceitação e da aproximação com os profissionais especializados; assim, desenvolvem um saber mais crítico sobre a complexidade da doença.

No início da busca do caminho terapêutico para a recuperação, as participantes têm uma compreensão do uso de álcool praticamente restrita ao binômio pessoa-bebida, a partir do qual, com maior frequência, são enfatizados os efeitos destrutivos na vida e o potencial negativo do álcool.

Descrevem uma hierarquia dos tipos de bebida, da qual integram bebidas leves e pesadas. Dessa forma, a dependência está vinculada, principalmente, ao tipo de bebida que a pessoa prova. Quando a dependência não é determinada álcool, as combinações dos argumentos levam a justificar o alcoolismo como uma questão da pessoa.

As entrevistadas estão em tratamento no CAPS-ad há mais de seis meses, e em alguns casos, mais de um ano. As mudanças de comportamento começam pelo questionamento do enfoque sobre o tipo de bebida. A desconstrução ocorre pelo tipo de bebida consumida, associado ao seu potencial destrutivo, relacionando-a aos danos provocados em suas vidas.

Aos poucos, elas começam a notar que não é a bebida em si o problema, mas a relação que estabelecem com ela, ou seja, há pessoas que possuem vínculos diferentes, não necessariamente nocivos, com a mesma bebida. Mesmo assim, algumas das entrevistadas permanecem com o argumento de que algumas bebidas são potencialmente mais prejudiciais, apresentam um grau maior de aprofundamento na tentativa de explicar este raciocínio. Passam a considerar o dependente que consome e o seu organismo.

Durante o tratamento no CAPS-ad, a representação do alcoolismo vai oscilando: primeiro, aparece o foco na bebida; depois, trata-se de uma doença e o foco passa para a pessoa considerada doente. Aos poucos, há uma ampliação do foco, que passa a ser na dinâmica relacional, na qual tanto a pessoa como a substância, contribui para que a dependência se instale se cristalize.

O início do tratamento é caracterizado por uma fala 'pronta' e generalista sobre o tema, e ao longo do tempo, o tratamento vai transformando a fala, que muda para a busca de significados específicos para o uso de bebidas na vida, reconhecendo as singularidades e as implicações da subjetividade de cada pessoa na construção da dependência.

Assim, as entrevistadas vão se apropriando paulatinamente do discurso técnico-científico mediado pela equipe do CAPS-ad Eulámpio Cordeiro, que as auxilia na construção da representação do alcoolismo como doença, do beber com controle, de como os diversos tipos de bebidas podem prejudicar alguém, das maneiras diferenciadas de lidar com a bebida e das conseqüências singulares para cada pessoa.

Em seu percurso, se implicam na intensa busca para tentar dar um significado ao uso de álcool e tentam criar estratégias próprias para a superação do problema. Passam, então, a incluir o cuidado ofertado pelo CAPS-ad Eulámpio Cordeiro como suporte terapêutico necessário e efetivo, aceitando os limites da sua ação em relação ao uso de álcool.

Na pesquisa as entrevistadas revelaram que os caminhos terapêuticos usados para recuperação do alcoolismo são tratamentos alternativos em abordagens tanto na linha de total abstinência como também na estratégia de redução de danos citados pelas maiorias das participantes que se pode afirmar na fala de Rosa Vermelha o seu caminho de ajudar foi no início com ela própria sem fazer o uso de bebidas, provocando desmaio, choro e tremulas, ou seja, síndrome de abstinência Para Rosa Vermelha o conviver com seus familiares e amigos e se afastar das pessoas que bebem é a forma, mas eficiente para sua recuperação. Rosa Vermelha destaca a importância da religião no enfrentamento do alcoolismo junto com o CAPS-ad.

As categorias/dimensões foram estabelecidas com um propósito didático/operacional, no sentido de facilitar a análise e torná-la mais clara. Porém, ao longo da apresentação dos resultados, fica evidente a relação dialética e interdependente entre elas. No campo representacional, mudanças em qualquer uma das dimensões descritas implicam em necessidades de redirecionar a representação como um todo.

É de suma importância ressaltar que os achados apontam que as representações sociais sobre o uso de álcool estão ligadas a valores, conceitos e aos pensamentos das mulheres entrevistadas, que guiam suas ações no dia a dia, nas relações sociais, e se manifestam através dos sentimentos e atitudes diante do alcoolismo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido nesta investigação científica, caracterizado por um olhar especial sobre o objeto de estudo (alcoolismo feminino), permitiu alcançar os objetivos propostos no início da pesquisa e trazer resultados relevantes. Algumas considerações de ordem metodológica são pertinentes.

É importante salientar que o presente trabalho possui limitações com relação às interpretações genéricas, considerando o tamanho da amostra e o desenho do estudo. Reconhece-se que aproximação com o objeto de estudo é parcial e inacabada, embora de grande utilidade, dada a complexidade do tema escolhido e de toda a cultura no qual insere. Não há prova nos fenômenos sociais do campo da saúde: nada é dado, tudo é construído, inconcluso e superável.

Nesse sentido, concorda-se com Minayo (1999): a realidade encontrada, como todo o social, é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela; e a ciência que a aborda não dá conta de capturá-la, apenas indica um tipo de direção e de organização intelectual segundo os quais se pode ter maior certeza da aproximação do real.

A teoria das representações sociais ratifica este entendimento acerca do estudo dos fenômenos sociais, vez que se limita a capturar uma parte da realidade compartilhada por um grupo, em um determinado momento. Acerca disso, Manheim (1968, p.70) propunha que

qualquer situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que as participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões e como reagem a essas tensões assim concebidas.

Considerando o que foi visto no decorrer desta pesquisa, pode-se apontar como resposta ao problema apresentado, que as mulheres alcoolistas apresentaram explicações de caráter psicológico para o uso de álcool sem controle em suas vidas. E ainda, que essas teorias etiológicas são marcadamente revestidas de caráter social. Ou seja, ainda que haja uma forte tendência às explicações genéticas para o alcoolismo em geral, as mulheres pesquisadas indicaram uma dimensão psicossocial para a ocorrência da dependência em suas vidas.

Percebeu-se entre as participantes um uso excessivo de álcool relacionado a situações sociais de privação econômica e perdas afetivas - como uma separação conjugal ou morte de entes queridos. Ratificamos que o aumento do uso de álcool, entre as mulheres, está ligado à

alteração de seu papel social, à medida que a censura social frente à embriaguez da mulher vai diminuindo e se aproximam os hábitos de beber entre os sexos.

Estudos apontam que com a mudança do papel da mulher na sociedade, após o acúmulo de funções sociais, o alcoolismo feminino aumenta. As situações de uso do álcool ocorreram em ambiente público, o que pode ser relacionado à mudança de papel das mulheres perante a sociedade. O que faz refletir sobre a importância do setor saúde, no desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde das alcoolistas que incluam a sensibilização do público para esta problemática. O que desde já pode ser vislumbrado é que estratégias de enfrentamento do preconceito deverão estar contidas na formulação e execução de políticas, programas e ações voltados a esse público.

Cabe ressaltar que as participantes optaram por escolher o seu nome fantasia, para garantir a confidencialidade. A escolha das participantes, de cada uma das *Rosas*, gerou momentos tocantes, em relação ao simbolismo e à associação com seu estado emocional no momento da pesquisa.

Com relação às conseqüências do uso, o que chamou atenção foram os apontamentos das entrevistadas com relação aos problemas psicológicos, nos quais são fortemente citadas a depressão e a solidão. Em conformidade à consideração de Zilberman et al. (2003), de que as mulheres alcoolistas têm freqüentemente transtornos depressivos, pode-se então supor que as tentativas de suicídio teriam alguma correlação com esses quadros depressivos. E ainda mais: parece existir, além da urgência de se desenvolverem estratégias de sensibilização das mulheres ao tratamento, algum tipo de trilha a ser cursada no âmbito da dinâmica do sofrimento das mesmas.

As mulheres entrevistadas possuem uma percepção negativa do alcoolismo feminino, sendo carência emocional o dado que é mais representativo. Elas se sentem mais penalizadas do que os homens e atribuem o uso a acontecimentos vitais significativos e aos problemas psicossociais. Alguns preconceitos de gênero integram a percepção das mulheres sobre o alcoolismo, como o fato de que o uso está freqüentemente ligado a variações nos estados afetivos - o que traz interferências para as situações que estabelecem em suas vidas.

Sentem-se desacreditadas quando vão procurar ajuda, justamente pela visão que a sociedade tem – compartilhada pelas mulheres entrevistadas, taxando-as como promíscuas, com comportamento inadequado e como renunciador dos papéis tradicionalmente atribuídos a elas, como o de mãe e esposa. Esse fator aumenta o tempo para a procura do tratamento, e isso acaba por trazer sérios prejuízos, em razão da demora. Estas mulheres abrem espaços

acerca de como medidas de caráter preventivo podem ser organizadas, a fim de vencer o isolamento e o ápice do sofrimento, que pode ocasionar o suicídio.

O estudo mostrou que a busca pelo tratamento se dá como demanda espontânea, e apenas uma das participantes chegou ao serviço especializado via encaminhamento da Unidade de Saúde da Família. Por outro lado, a busca também se inicia a partir de queixas clínicas vagas ou diretamente associadas aos prejuízos decorrentes do uso de álcool. Nesse sentido, uma das participantes teve seu diagnóstico de alcoolismo veementemente contestado por um médico de um hospital geral.

Este achado ratifica a tese de que o alcoolismo feminino passa ao largo da atenção dos profissionais de saúde, tanto nos serviços de Atenção Primária como nos de maior complexidade de caráter generalista. Assim, sugere-se que o Ministério da Saúde /Sistema Nacional de Política sobre Drogas enfatizem a responsabilidade sanitária dos profissionais da saúde em todos os níveis de atenção, por meio de algumas estratégias possíveis: promovendo a visibilização do tema, com a desmistificação do alcoolismo feminino e abordagens compreensivas; preparando os profissionais para suspeitarem precocemente do diagnóstico de alcoolismo e que saibam orientar para busca de auxílio especializado. Quanto mais cedo forem oferecidas essas possibilidades, maiores serão as chances de sucesso.

As representações do alcoolismo feminino, que circulam no tecido social e que incluem uma invisibilização da questão como um problema de saúde pública, podem ter um efeito iatrogênico: a intolerância, a condenação e a exclusão contribuem para a depreciação das alcoolistas, e afastando-as das [ou retardando as] possibilidades de enfrentamento e superação dos desafios que se estabelecem na vida social e familiar. Em outras palavras, somente acrescentam prejuízos maiores que o próprio consumo das bebidas alcoólicas.

Faz-se necessário repensar o lugar que o álcool ocupa na configuração e nas relações sociais e familiares das mulheres: a responsabilidade pelo processo saúde-doença é permanente via de mão dupla, visto que o individual se constrói no coletivo, e a qualidade das relações aí estabelecidas influencia na forma como a pessoa irá responder/reagir.

Aponta a necessidade de abordagens diferenciadas para a questão do consumo de bebidas alcoólicas na sociedade e na cultura, que não inscrevam a dor e o sofrimento das mulheres alcoolistas, que precisam lidar com sentimentos de tristeza e solidão, além de vivenciar preconceitos e discriminação.

Assim, sugere-se abordar o alcoolismo feminino dentro de uma perspectiva de gênero, que inclua fatores intrafamiliares, intraindividuais e socioculturais de forma sistêmica. Considera-se, então, reducionista, qualquer intervenção que privilegie unicamente uma dessas

perspectivas, em detrimento das outras. Trata-se de um posicionamento político e terapêutico, que objetiva, em última instância, o restabelecimento de vínculos mais proveitosos, e não a exclusão, a desigualdade e a violência que circundam o consumo de álcool.

O diálogo intercontextual provê a riqueza de qualidades e de probabilidades, para poder apoiar as intervenções terapêuticas dos profissionais que trabalham na área. Para poder, ainda, acolher os familiares na dor e ter que acompanhar seus membros em um caminho complexo, onde não só, mas também, a bebida alcoólica se apresenta como mais um fator de sofrimento humano.

Consideramos que o presente estudo alcançou os objetivos propostos, contribuindo para reflexão e compreensão da necessidade de reconhecer as singularidades das mulheres alcoolistas, em situação de vulnerabilidade.

Mostrou-se que a estratégia de RD é importante, pois foi empregada e utilizada pelas próprias mulheres para o tratamento do alcoolismo, mesmo quando contavam com alternativas de tratamentos.

Desta forma somos instados para a buscar saídas multifacetadas para a questão. Saídas que incluem, mas não se esgotam em um investimento mais eficaz na prevenção ao uso de álcool em ampla escala, na promoção da qualidade de vida e da cidadania das pessoas, gerando experiências mais íntegras e equitativas nas sociedades contemporâneas.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-46.
- AGUIAR, N. **Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Determinantes sociais e padrão de consumo de álcool na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p. 45-54, 2004.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- ANCEL, P.; GAUSSOT, L. **Alcool et alcoolisme: pratiques et représentations**. Paris: L'Harmattan, 1998.
- ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In:_____.Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 200.p.83-86.
- BARROS, D. R.et al. Representações Sociais acerca do Alcoolismo por parte de Profissionais das Áreas de Humanas e Saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4.,2005,João Pessoa. Teoria, metodologias e intervenções: textos completos. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005.1CD ROM.
- BAUER, J. **O Alcoolismo e as mulheres: Contexto e Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 2004.
- BRASIL. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção á Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Ministério da Saúde. 1. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2004b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUCHER, R. A Função da Droga no (Dis) Funcionamento Social. In:_____. **Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS**. Brasília: UnB, 1996. p.45-62.

CAMPOS, E. A. **Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. A. *et al.* **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CRUZ, B. A. A. *et al.* Alcoolismo: Representações Sociais por parte de Estudantes Universitários das Ciências Jurídicas e da Saúde da UFPB. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4., 2005, João Pessoa. Teoria, metodologias e intervenções: resumos, João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.v.1, p. 179-180.

EDWARDS, G. *et al.* **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12,n.1,p.360, 2004.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In:_____, **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.p.13-66.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GITLOW, S. E.; PEYSER, H. S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e novo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.

GUIMARÃES, G. **O Trabalho é a Terapia**: entrevista. São Paulo: Agência de Notícias da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo, 2007. Entrevista concedida a Washington Castilhos.

HOCHGRAF, P. B. **Alcoolismo feminino**: comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. 1995. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S. **Mulheres farmacodependentes**: uma experiência brasileira, São Paulo, 2004. Online. Disponível em:<http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_128.htm.> Acesso em 20jan. 2010.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

JARDIM, S. R. M. **Gênero e educação**: abordagens e concepções em dissertações de mestrado no Estado de São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Educação): Universidade Federal de São Carlos, 2003.

JELLINEK, E. M. **The disease concept of alcoholism**. New Haven: Hillhouse Press, 1960.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KARAM, M. L. Drogas e redução de danos. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, ano 15, n.64, Jan./fev.2007.p.128-44

KVALE, S. **Interviews**. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LANE, S. T. M.; CODO, V. **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1997.

LOUZÃ NETO, M. R. *et al.* **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LYRA, T. M. **A política de saúde ambiental do Recife, em 2001 e 2002**: uma análise a partir do programa de saúde ambiental. Tese. (Doutorado em Ciências) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MACHADO, R. **Ciência e Saber**: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MANNHEIM, K. **Ideologia e Utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

MARCHI, V. **A Busca da Integralidade nas Ações dos Profissionais de Saúde Mental**: um desafio cotidiano, 2005. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, A. A. et al., “O alcoolismo parece que é coisa do diabo”: um estudo sobre representações sociais de alcoolistas In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS,4.,2005,João Pessoa.Teoria, metodologias e intervenções: textos completos . João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.1CD ROM.

MASUR, J. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MENÉNDEZ, E. L. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. **Cuaderno de la Casa Chata**,México,n.57,p.61-94, 1982.

MINAYO, M. C. S *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. (Org.). **Antropologia da saúde**: Traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz,p.29-46, 1998.

MONTERO, P. **Da doença a desordem**: magia na umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ,p.45-66, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NARDI, A.; NUNES, P. **Psiquiatria e saúde mental**: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2000.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.7-14, 2004.

NÓBREGA, M. P. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.

NOVAES, C. et al., Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.27,n.1,p.16-21, jan./fev. 2000.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas - em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. B. (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

PILLON, S. C.; LUIZ, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p.676-82, jul./ago. 2004.

PRETTO, Z. **O atravessamento da história do gênero nas relações atuais de gênero**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

SANCHES, A. F. et al., Gender, Culture and problems associated with alcohol: preliminary analysis of the Brazilian part of multinational Study. In: 29th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, 2003, Kraków. Global Marketplace for Social Alcohol Research, 2003.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá Editora. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA, C. J. Álcool. In: FIGLIE, N. B. *et al.* (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.p.232-246.

SILVEIRA, D. X.; NIEL, M.; JULIÃO, A. M. Diagnóstico e tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool. Revisão. **SNC em Foco**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.6-17, set. 2007.

SIMÃO, M.; KERR-CORREA, F.; DALBEN, I. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 121-129, set.2002

SUÁREZ, R. E. S.; GALERA, S. A. F. Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitarios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 406-411, abr.2004. Número especial.

UCHÔA, R. Em debate: consumo de drogas, lazer e comportamentos de risco entre jovens. In: SILVA, G. L. (Org.). **Adolescência, drogas e violência: proteger é preciso**. 1. ed. Recife: Bagaço, 2008. p. 33-42.

WILSNACK R. W.; WILSNACK S. C.; OBOT, I. S. Why study gender, alcohol and culture? In: Português World Health Organization. **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from and middle income countries**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005.

ZILBERMAN, M. L. **Alcoolismo feminino**. Apresentação em Power-Point. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.abead.com.br>>. Acesso em: 12 maio 2006.

APÊNDICES



APÊNDICE A - Questionário Sócio-Demográfico

1) Idade: _____	2) Religião: _____	3) Estado civil: () solteiro, () união consensual, () casado, () viúvo, e () divorciado.
4) Escolaridade: () sem escolaridade, () 1º grau completo, () 1º grau incompleto, () 2º grau incompleto, () 2º grau completo, () superior incompleto, () superior completo.	5) Atividade: () Só trabalha. () Trabalha e estuda. () Desempregado. () Não trabalha	6) Residência. () Própria, () Alugada, () Outro.
7) Profissão: _____.	8) Composição da família: _____.	9) Chefe da família: _____.
10) Renda Familiar: () 1salario mínimo, () < 1salario mínimo, () > 1salario mínimo.	11) Identificação: _____	Observações: _____ _____ _____ _____

**APÊNDICE B -****Entrevista****Categoria Afetiva.**

- 1) Como foi o início do uso de bebidas na sua vida?
- 2) Quais os sentimentos das pessoas que convivem com você?
- 3) Qual a sua avaliação sobre as mulheres que usam álcool sem controle?

Categoria Cognitiva.

- 1) Onde você faz o uso ?
- 2) Quais são os motivos que leva ao uso do álcool sem controle?
- 3) Quais foram as conseqüências do uso?

Categoria de Conduta.

- 1) O que você fez quando descobriu que estava com alcoolismo?
- 2) Como você lida com o uso do álcool?
- 3) Como foi que você chegou a esse serviço?



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “O PENSAR E O AGIR DAS MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ALCOOLISMO FEMININO E O CAMINHO PARA A RECUPERAÇÃO”. Você foi escolhida, pois consideramos importantes suas informações sobre o alcoolismo feminino. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são:

- 1) Compreender como as mulheres alcoolistas recifenses interpretam suas experiências e guiam suas ações em relação ao alcoolismo no ambiente em que vivem.
- 2) Identificar o significado do alcoolismo para as mulheres alcoolistas
- 3) Identificar as causas atribuídas pelas mulheres alcoolistas para o consumo de álcool
- 4) Reconstruir os caminhos usados pelas mulheres alcoolistas em busca de tratamento diante do alcoolismo

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistada e neste sentido, não haverá risco quanto à sua integridade física, podendo haver apenas o risco de constrangimento por responder algumas perguntas, mas garantimos o sigilo das informações e que seu nome não será revelado a ninguém. Durante a entrevista você responderá perguntas sobre dados pessoais, através de um questionário e as perguntas da entrevista, ambos referentes ao alcoolismo feminino. Por tanto solicito sua autorização, para que durante a entrevista seja utilizado um gravador para colher o seu depoimento.



A sua informação será de enorme ajuda para colaborar na construção do conhecimento acerca do alcoolismo feminino e melhoria das formas de tratamento para as mulheres.

Durante a entrevista você pode ficar totalmente à vontade para solicitar esclarecimentos ou tirar dúvidas sobre a pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a garantir que sua identidade seja mantida em segredo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você deseje fazer alguma denúncia sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato direto com o Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães pelo telefone 2101-2639.

Maria das Graças Borges da Silva
Pesquisadora Responsável
Contato: Tel. 081 97199669
Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Av. Prof. Moraes Rego, s/nº-Campus UFPE-Recife - PE

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome e assinatura da entrevistada

ANEXOS



PREFEITURA DO

SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO IV
CAPS-AD EULAMPIO CORDEIRO
Casa do Meio do Caminho Celeste Aida Chaves

Rua Rondônia, 100 - Cordeiro - Recife - PE.
Fone: (81) 33554314 / 33554315.

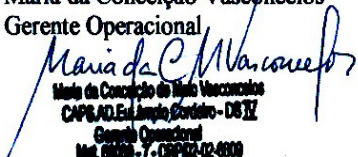
Recife, 19 de abril de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber Maria das Graças Borges da Silva, estudante do curso Mestrado Profissional em Saúde Pública, turma 2010 da Fundação Osvaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, para a realização da pesquisa intitulada: O PENSAR E AGIR DAS MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS DO RECIFE DIANTE DO ALCOOLISMO FEMININO E O CAMINHO DA RECUPERAÇÃO.

Por ser verdade, firmo o presente,

Maria da Conceição Vasconcelos
Gerente Operacional


Maria da Conceição de Melo Vasconcelos
CAPS-AD Eulámpio Cordeiro - DS IV
Gerente Operacional
Mat. 68086 - F. 33554314-02-0000



Título do Projeto: “O pensar e agir das mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas do Recife diante do alcoolismo feminino e o caminho da recuperação”.

Pesquisador responsável: Maria das Graças Borges da Silva.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 19/04/11

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 16/11

Registro no CAAE: 0014.0.095.000-11

PARECER Nº 18/2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de junho de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de junho de 2011.



 Giselle Camposana Gouveia
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 0463376
 CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/06/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

