



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

Larissa Alves da Fonseca

**O estigma sobre as mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudo e
Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de
Brasília.**

Brasília (DF), dezembro de 2009

Larissa Alves da Fonseca

**O estigma sobre as mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudo e
Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de
Brasília.**

**Monografia apresentada ao
Departamento de Serviço Social na
Universidade de Brasília para obtenção
do diploma de graduação em Serviço
Social, sob orientação da Prof.^a Dr.^a
Marlene Teixeira Rodrigues.**

Brasília (DF), dezembro de 2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela força que me concedeu

Ao meu irmão Rodrigo Alves da Fonseca pelo seu companheirismo, carinho e incentivo
diante das dificuldades.

Ao meu companheiro Marcelino Serafim dos Santos por sua dedicação, pelo imenso
amor e companheirismo que proporcionou compartilhar todos os momentos da minha
vida.

À professora Rosa Helena Stein por ter apresentado o curso de Serviço social de forma
tão magnífica e por ser um exemplo de profissional.

À Assistente Social Cláudia Regina Merçon de Vargas, cuja dedicação profissional é
apaixonante, pelo grande carinho, atenção e paciência remetidos a mim.

À Assistente social Erika Suzana C. Rezende pela amizade e incentivo e por
acompanhar durante todo esse processo de final de curso.

À toda a equipe do SEAD, Isabel Cristina R. Praça, Jozenir Alves de Oliveira, Maria
Cristina F. S. Catunda, Neide Maria de Oliveira, Marina Forlan C. Nocy, Ananda Akiko
C. Yamasaki, Ana Paula de Araújo, Eliane B. Oliveira, pelo grande aprendizado durante
esses dois anos de convivência

À professora Marlene Rodrigues Teixeira pela orientação dedicada a esse trabalho.

À todas as minhas amigas do curso de Serviço social pelos momentos de alegria e pela
grande amizade, em especial a Paula, Quézia, Vanessa Carrião, Carol, Guaia, Recy,
Talita, Raquel, Annie, Thais Monteiro, Luciana.

À minha grande amiga Erika dos Santos Laurindo pelo grande carinho e amizade,
durante todos esses anos.

A todos os pacientes do SEAD, em especial as mulheres que contribuíram para
realização desse trabalho.

Dedico esta monografia aos meus pais Maria José Alves da Fonseca e Ismail Pinto da Fonseca pelo imenso amor e dedicação de toda uma vida.

O vinho é como o ser humano: não se saberá nunca até que ponto podemos estimá-lo ou desprezá-lo, amá-lo ou odiá-lo, nem de quantos atos sublimes ou perversidades monstruosas ele é capaz.

Charles Baudelaire

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 73

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Semi estruturado 75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CREMESP – Conselho de Medicina de São Paulo

DSM – Diagnóstico de Estatístico de Transtornos Mentais

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IH – Instituto de Ciências Humanas

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAF – Síndrome Alcoólica Fetal

SENAD – Secretaria Nacional Anti-Drogas

SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNB – Universidade de Brasília

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Capítulo I. METODOLOGIA	15
<i>1.1 Abordagem qualitativa</i>	<i>15</i>
<i>1.2 Técnica de levantamento de dados</i>	<i>15</i>
<i>1.3 Sujeito de pesquisa</i>	<i>16</i>
<i>1.4 Campo de pesquisa</i>	<i>17</i>
<i>1.4.1 Hospital Universitário de Brasília – HUB</i>	<i>17</i>
<i>1.4.2 Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas –SEAD</i>	<i>18</i>
<i>1.5 Plano de análise de dados</i>	<i>19</i>
<i>1.6 Cuidados éticos</i>	<i>20</i>
Capítulo II. A CONSTRUÇÃO DO DESVIANTE: APROXIMAÇÃO CONCEITUAL À CATEGORIA ESTIGMA.....	21
Capítulo III. CONTEXTUALIZAÇÃO E ABORDAGENS SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL.....	26
Capítulo IV. REFLEXÕES SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL POR MULHERES NUMA PERSPECTIVA DE GÊNERO.....	36
<i>4.1 O movimento feminista e a construção do gênero como categoria analítica</i>	<i>36</i>
<i>4.2 O consumo de álcool por mulheres: algumas considerações a partir de uma perspectiva de gênero</i>	<i>44</i>
Capítulo V. AS EXPRESSÕES DO ESTIGMA DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL POR MULHERES	53
<i>5.1 O uso do álcool</i>	<i>53</i>
<i>5.2 A expressão do estigma na relação familiar</i>	<i>56</i>
<i>5.3 A expressão do estigma na relação com os vizinhos e amigos</i>	<i>58</i>
<i>5.4 A expressão de estigma no ambiente de trabalho</i>	<i>60</i>
<i>5.5 A violência como expressão do estigma</i>	<i>61</i>
<i>5.6 O estigma de alcoolista e as repercussões sobre a identidade da mulher</i>	<i>63</i>

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo evidenciar as diversas formas de expressão do estigma sobre mulheres que fazem uso do álcool e que se encontram em tratamento no Serviço de Estudo e Atenção a usuários de álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília. . A pergunta que guiou essa monografia foi “como se expressa o estigma sobre as mulheres alcoolistas participantes do SEAD?” Para responder essa pergunta de pesquisa foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com cinco pacientes que fazem tratamento devido ao uso problemático do álcool e que comparecem assiduamente ao SEAD. Para dar embasamento a este estudo foram abordadas algumas discussões teóricas sobre estigma, consumo do álcool e gênero. Adotou-se como hipótese inicial que as expressões do estigma proporcionam uma maior vulnerabilidade às mulheres em situação de abuso ou dependência do álcool, dificultando, assim a busca por tratamento, devido a uma intensa censura social. Observou-se a expressão do estigma em vários contextos sociais, tal como no ambiente familiar, na relação com os vizinhos e amigos, na situação de violência, no contexto de iniciação do uso do álcool e nas repercussões sobre a identidade da mulher. Identificou-se que os estereótipos estigmatizantes prejudicam ainda mais a saúde da mulher alcoolista, pois gera um sentimento de culpa e incapacidade. Foi identificado com as entrevistas que o consumo de álcool pelas mulheres se dá de forma diferenciada em comparação ao modo com que o sexo masculino faz uso de álcool, uma das características que se destacam é o beber privado, esse ato é reflexo das penalizações sociais sobre a mulher.

Palavras chave: Estigma, mulheres e uso do álcool.

INTRODUÇÃO

O consumo de bebida¹ alcoólica está presente na sociedade desde a antiguidade. Santo Domingo refere o uso ocasional de bebidas alcoólicas, como o absinto, pelo *Homo erectus* há aproximadamente 250.000 anos. Considera-se a existência possível de um consumo ritual nos períodos paleolíticos tardios (30.000 a.C.) e, com certeza, o consumo a partir do período neolítico (8.000 a 10.000 a.C.). (NIEL e JULIÃO, 2006). Nota-se que tal consumo é um comportamento adaptado à maioria das culturas, seu uso está associado com celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais.

Atualmente, o álcool é considerado uma substância psicoativa que age no sistema nervoso central modificando o comportamento. Classifica-se como uma droga lícita, mas isso não significa que ela está isenta de causar problemas graves, cujos malefícios ultrapassam o âmbito privado, referente à saúde do consumidor e ganham repercussão social. (BRASIL, 2007)

No entanto, o consumo do álcool nem sempre foi considerado uma questão de saúde, Bertolote (1997) aponta que essa temática é permeada historicamente por grandes discussões, destacando as concepções moralistas que explicavam o uso do álcool como um desvio de caráter simbolizando uma fraqueza moral.

Após alguns anos, os cientistas sociais começam a se aproximar do tema e estudá-lo, desenvolvendo argumentos que relacionavam a problemática do consumo do álcool com diversos fatores biopsicossociais. A partir disso, o consumo abusivo do álcool foi ganhando uma maior visibilidade e suscitando o interesse de outras áreas, como a da saúde, desencadeando assim a inclusão da problemática na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde no ano de 1993. (BERTOLOTE, 1997).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um problema de alta prevalência no Brasil e no mundo, pesquisas afirmam que o uso nocivo do álcool é responsável por

¹ Neste estudo serão utilizados diversos termos, como usuária, alcoolista, consumo de álcool, tais termos são utilizados como sinônimos de uso nocivo de álcool ou síndrome de dependência, segundo os critérios da CID-10, versão 2008.

cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta, incluindo desde cirroses e câncer hepáticos até acidentes, quedas, intoxicações e homicídios. (BORDIN, FIGLIE E LARANJEIRA, 2004).

Segundo o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, do ano de 2007, 52% da população fazem uso da bebida alcoólica, desde total aproximadamente metade dos bebedores, 24%, apresentam um padrão de consumo perigoso (acima de 5 doses para homens e 4 para mulheres) e 29% são bebedores pouco freqüente e não fazem uso pesado. Esse padrão de consumo mostra o quão vulnerável a implicações sociais, psicológicas, orgânicas e econômicas encontra-se a população brasileira e dá uma dimensão a cerca da problemática do uso do álcool como uma questão de saúde pública.

Mesmo com essa mudança na forma de abordar o consumo nocivo do álcool, a sociedade ainda mantém discursos pejorativos referente à alcoolização, muitos mitos e estereótipos são constantemente lançados sobre as pessoas que fazem uso descontrolado da bebida alcoólica, em especial a mulher. (MOTA, 2007).

De acordo com Brasiliano (2005) durante anos, os estudos sobre o consumo do álcool esteve ligado diretamente ao gênero masculino ocultando quaisquer relações de gênero no envolvimento de substâncias psicoativas. Devido a isso, os estudos científicos sobre a alcoolização feminina são recentes e há uma carência muito grande de produções científicas com essa abordagem.

Cesar (2006) afirma que a associação do consumo do álcool como um problema predominantemente masculino resultaria no afastamento das mulheres, ou seja, na ótica social de comportamento. A alcoolização vincula-se ao gênero masculino como basicamente uma ação natural e por isso, a presença da mulher nessa categoria remete-se a um comportamento desviante, pois não condiz com as funções sociais atribuídas a mulher, gerando assim, um aumento do estigma sobre as que consomem álcool.

Nesse sentido, Vargas (2002) declara que as mulheres que apresentam problemas com a bebida alcoólica sofrem uma intensa penalização social, elas são desprezadas, vistas como alheias aos papéis de mãe e esposa e são consideradas como vulneráveis a promiscuidade sexual. Assim, o estigma sobre as mulheres que consomem álcool, na maioria das vezes, se expressa numa singularidade do beber feminino: o uso do álcool

privado (em casa) e escondido das outras pessoas, o que implica na intensificação da problemática. (OLIVEIRA, PAIVA, VALENTE, 2006).

Adotando, pois, como pressuposto, a existência de peculiaridades na estigmatização das mulheres que fazem uso do álcool, essa pesquisa teve como objetivo evidenciar as diversas formas de expressão do estigma sobre mulheres em tratamento no SEAD HUB. A pergunta que guia esta monografia é “Como se expressa o estigma sobre as mulheres alcoolistas participantes do Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas?”. Para responder a pergunta de pesquisa foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com as mulheres que encontravam-se em tratamento no SEAD do Hospital Universitário de Brasília. A hipótese que guiou esse trabalho é a de que as expressões do estigma proporcionam uma maior vulnerabilidade às mulheres em situação de abuso ou dependência do álcool, dificultando, assim a busca por tratamento, devido a uma intensa censura social.

*

Esta monografia está dividida em seis partes. O primeiro capítulo refere-se à apresentação da metodologia. Neste capítulo, discorre-se sobre os procedimentos metodológicos que foram utilizados para coleta e análise dos dados que por fim, fundamentaram as conclusões desta monografia. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que analisou as entrevistas semi-dirigidas das mulheres que se encontravam em tratamento por causa do uso nocivo e/ou a síndrome de dependência do álcool.

O segundo capítulo consiste na apresentação teórica da construção do comportamento desviante tendo como base a categoria estigma. Procurou-se neste capítulo esclarecer sobre as diversas maneiras de manifestação do estigma no meio social.

O consumo do uso do álcool é o tema do terceiro capítulo. Traça-se o histórico do consumo do álcool e as diversas abordagens ao longo de diferentes áreas, destacando-se os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Ainda nesse capítulo, é abordado sobre os dados atuais do consumo de álcool disponíveis sobre o território nacional.

O quarto capítulo traz as reflexões sobre o consumo de álcool numa perspectiva de gênero. Nesse capítulo aborda-se sobre a história de luta do movimento feminista e as relações de poder embutidas na estrutura social caracterizando a dicotomia da

identidade sexual e contextualiza a alcoolização feminina descrevendo sobre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que se fazem presentes no fenômeno do consumo do álcool.

No quinto capítulo são apresentados os principais achados de pesquisa que fundamenta a conclusão desta monografia. Neste capítulo é apresentado as diversas formas de expressão do estigma na perspectiva dos discursos das entrevistadas usando o aporte teórico. São destacadas algumas categorias que mais apareceram nas entrevistas, como o contexto de iniciação do uso do álcool, a expressão do estigma na relação familiar, com os vizinhos e amigos, no ambiente de trabalho, a violência e a repercussão do estigma sobre a identidade da mulher.

O último capítulo consiste na apresentação das conclusões gerais da monografia. É confirmada a hipótese de pesquisa e são elencadas algumas mudanças para o tratamento da mulher usuária de bebida alcoólica. Apontou-se alguns caminhos para estudos futuros sobre a alcoolização feminina.

Capítulo I. METODOLOGIA

1.1 Abordagem qualitativa

Optou-se por realizar a pesquisa, com o uso de instrumentais próprios à metodologia de caráter qualitativo a fim de evidenciar a expressão do estigma sobre as mulheres que fazem uso do álcool e que se encontram em tratamento no SEAD HUB. Este estudo tem como referência os fundamentos da pesquisa qualitativa que oferece recursos para capturar a subjetividade de cada sujeito de pesquisa, tornando-o singular, pois reconhece a importância de ouvi-lo, de conhecer o seu modo de vida, como valores, crenças, costumes e sentimentos. (Martinelli, 1999).

Considera também que o estudo qualitativo considera que a relevância dos dados não se revela nos números, com isso informações levantadas pelos métodos qualitativos serão suficientes para subsidiar a análise de tal proposta. (Combessie, 2004).

Nesse sentido, Minayo (1993) afirma que a pesquisa qualitativa em saúde abarca de maneira mais completa as questões inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, tão subjetivas e complexas que vai além do morfológico e do ecológico (quantitativamente entendidos). Implica em trabalhar com sujeitos de pesquisas sócio-históricas, situados em sua “determinada condição social, em sua classe, com suas crenças, valores e significados” (p. 22) que estão em constante dinamismo e em permanente transformação.

1.2 Técnica de levantamento de dados

O primeiro momento da pesquisa consistiu em fazer um levantamento bibliográfico a fim de identificar a bibliografia básica necessária para contextualizar o tema em questão. Foram utilizados artigos científicos, dissertações, legislações e obras que serviram como base para a formulação desta monografia.

Combessie (2004) destaca o quanto esse levantamento é relevante no começo da pesquisa, pois economiza tempo e oferece informações seguras ao pesquisador,

situando-o na temática. Tal levantamento é importante para saber se há uma discussão a respeito desse tema e a qual nível está.

No segundo momento da pesquisa foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas individuais nas instalações do SEAD. Essa quantidade de entrevistas foi resultado dos critérios adotados para a inclusão na pesquisa, e por isso entende-se que tal amostra é insuficiente para realizar generalizações sobre os achados de pesquisa, principalmente por se tratar de uma pesquisa fundamentalmente qualitativa.

A técnica de entrevistas semi-estruturadas consiste em perguntas abertas feitas pela entrevistadora ao sujeito de pesquisa. A entrevista possui um roteiro com questões-tópicos relacionadas diretamente ao tema, permitindo que todos os aspectos de interesse sejam abordados. (COMBESSIE, 2004). Buscou-se identificar as expressões do estigma sobre a mulher alcoolista em diversas interações sociais, as questões abordavam sobre o contexto de iniciação ao uso do álcool, a violência, a relação familiar, a relação de amigos e vizinhos, o ambiente de trabalho e as repercussões do estigma de alcoolista na identidade das mulheres. Todas as questões serviam como um convite para que as entrevistadas contextualizassem as suas experiências de vida relacionadas ao consumo de bebida alcoólica, sem perder o foco da pergunta de pesquisa.

A escolha dessa técnica justifica-se pela complexidade dos dados buscados, pois ela permite a obtenção de informações referentes aos aspectos subjetivos da vida social, bem como as impressões e sentimentos das entrevistadas diante das suas vivências pessoais.

1.3 Sujeito de pesquisa

No Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool outras Drogas (SEAD) estão em atendimento até o mês de outubro do ano de 2009, aproximadamente 252 pacientes. Esse número de pacientes é dividido em usuários (as) de substâncias psicoativas (219 pessoas) e familiares (33 pessoas), ao se analisar o número de usuários (as) constata-se que 32 são do sexo feminino e 187 do sexo masculino, o que evidencia uma diferença na demanda a partir do gênero, no que tange aos familiares o número absoluto é composto por mulheres. Assim, a população alvo desta pesquisa foram todas

as mulheres que encontram-se em tratamento no SEAD até outubro de 2009 e correspondiam aos critérios adotados, resultando em cinco participantes de pesquisa. .

Os critérios de inclusão se basearam no uso da bebida alcoólica e somente foram entrevistadas as pacientes que se encontravam em tratamento (seja na psicoterapia individual, em grupo ou no acompanhamento pelo serviço social) devido ao uso abusivo da bebida alcoólica, excluindo todas as outras pacientes que fazem uso de outras substâncias psicoativas. Outro critério que foi adotado é a assiduidade no SEAD. Os pacientes são considerados “pouco assíduos” quando não comparece a três consultas consecutivas sem justificar e constata-se “não adesão” ou “abandono” ao tratamento após três meses sem retornar às consultas.

O conhecimento do campo pesquisado é de vital importância, considerando que existe a possibilidade da pesquisa ser inviabilizada pela não abertura do ambiente e da negação dos sujeitos em participar das entrevistas e fornecer dados. (COMBESSIE, 2004). Considerando a possível existência de obstáculos, a instituição hospitalar em questão foi escolhida com base na experiência de estágio curricular supervisionado com duração de 12 meses. Dessa forma, já existia certa aproximação com os sujeitos de pesquisa e o campo de estudo, dispensando-se a fase de aproximação gradual e partindo para a apresentação da proposta de estudo.

1.4 Campo de pesquisa

1.4.1 Hospital Universitário de Brasília – HUB

O Hospital Universitário de Brasília teve o seu funcionamento autorizado pelo Decreto n.º 70.178 de 21 de fevereiro de 1972. Nessa fase inicial era mantido pelo Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado (IPASE). Foi inaugurado em agosto do mesmo ano pelo Presidente da República, General Emílio Garrastazu Médici, recebendo o nome de Hospital dos Servidores da União (HSU).

Ainda na década de 70, com a extinção do IPASE, o hospital passou a fazer parte do INAMPS. No início dos anos 80, passou a ser o Hospital de Ensino da Universidade de Brasília e recebeu o nome de Hospital Docente-Assistencial (HDA). Em 1990, foi

cedido à Universidade de Brasília em ato assinado pelo Presidente Fernando Collor e passou a se chamar Hospital Universitário de Brasília (HUB). Desde então, as atividades de ensino, pesquisa e extensão passaram a representar o grande diferencial deste Hospital: o compromisso com a formação de novos profissionais da área de saúde².

Além de receber os alunos da graduação dos diferentes cursos da UnB (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Administração, Educação, Arquitetura, etc.), o HUB também oferece estágios de pós graduação e de nível médio em diferentes áreas.

Este hospital conta atualmente com 238 leitos e 127 salas de atendimento ambulatorial, possui a residência médica mais completa do Distrito federal, contando com 15 programas credenciados pelo MEC e 102 médicos residentes. Em 2008, foram realizados 9.810 internações, 156.617 consultas ambulatoriais, 96.502 consultas no Serviço de Pronto Atendimento e 6.021 cirurgias³.

1.4.2 Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas – SEAD.

No HUB são desenvolvidos diversos serviços e programas especializados, como o Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas – SEAD criado em novembro de 1990 e inicialmente conhecido como Programa de Atendimento ao Alcoolismo. Este Serviço tem o intuito de colaborar no desenvolvimento de estratégias que beneficiem a comunidade no enfrentamento das questões relacionadas ao uso, abuso e dependência do álcool e outras substâncias psicoativas, buscando a melhora da qualidade de vida do usuário e de seus familiares, sensibilizar a comunidade quanto aos problemas relacionados ao uso das substâncias psicoativas e contribuir com a formação profissional⁴.

Vinculado a chefia do Centro de Ambulatório, o Serviço possui uma equipe interdisciplinar com duas assistentes sociais, três psicólogas, uma enfermeira, um gastroenterologista, uma psiquiatra, um médico residentes, duas estagiárias de serviço

² Fonte: www.hub.unb.br.

³ Dados obtidos no Setor de Estatística do HUB sob a responsabilidade da Rozania Maria Pereira Junqueira.

⁴ Fonte: www.hub.unb.br/assistencia/programa-alcoolismo.

social e uma de psicologia, uma secretária e uma atendente. O espaço disponibilizado é organizado e amplo proporcionando um conforto aos pacientes, são sete consultórios que comportam grupos de até 15 pessoas, sendo que uma delas é destinada a desenvolver oficinas de trabalhos manuais (artesanato) para pacientes com dificuldades cognitivas, além de sala de espera, secretaria e sanitário.

Os encaminhamentos ao SEAD são feitos via unidades do HUB, instituições de saúde do DF e entorno, órgãos do poder judiciário, instituições públicas e privadas e procura espontânea de pacientes e/ou familiares.

O SEAD oferece tratamento ambulatorial a usuário de substâncias psicoativas e seus familiares, composto por atendimento clínico, psiquiátrico, acompanhamento com a assistente social e atendimento psicoterápico individual e em grupo. Todos estes atendimentos são realizados a partir da concepção do usuário enquanto sujeito com suas peculiaridades e responsabilidades durante o seu processo de tratamento. É oferecido também informações aos interessados na temática por meio de cursos, palestras e consultorias a trabalhos que demandem formação e/ou orientação sobre a complexidade do fenômeno.

Esse Serviço adota a estratégia de redução de danos, conforme orientação do Ministério da Saúde, que refere-se a criar alternativas destinadas às pessoas que apresentam dificuldades no manejo do consumo de substâncias psicoativas. Com isso, tem como objetivo proporcionar uma redução de danos decorrentes ao uso de substâncias psicoativas na perspectiva de possibilitar uma melhor qualidade de vida para o indivíduo a fim de oferecer uma autonomia sobre suas escolhas e a maneira de lidar com a droga.

Ao ingressar no SEAD, todos os pacientes são informados sobre a natureza da instituição que obedece ao tripé da universidade (ensino, pesquisa e extensão) que diferencia o hospital das demais unidades de saúde da cidade.

1.5 Plano de análise de dados

O primeiro momento referiu-se ao levantamento nas agendas das psicólogas e das assistentes sociais (profissionais responsáveis por realizar um acompanhamento dos pacientes ao longo do tratamento) para identificar as mulheres que participavam

assiduamente no Serviço. Em seguida, foi feito um segundo levantamento nos prontuários, a fim de selecionar apenas as mulheres que faziam uso de bebida alcoólica.

As entrevistas foram todas gravadas e transcritas para análise dos discursos dos sujeitos de pesquisa, dos temas abordados, das categorias presentes e das diferentes expressões do estigma, todas devidamente autorizadas pelas entrevistadas por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisadora foi a única responsável por escutar e transcrever a entrevista. Além disso, as entrevistas gravadas foram destruídas ao final da pesquisa, a fim de garantir o sigilo dos dados das participantes. Também foram registradas em um diário de campo breves notas da entrevista, com vista a sistematizar as questões de maior relevância que surgiram e facilitar a memorização dos pontos mais importantes. Foram analisados os dados coletados, a partir do referencial teórico e da metodologia adotada.

1.6 Cuidados éticos

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas – CEP IH, em observância aos requisitos de uma pesquisa formal de acordo com os princípios expressos na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996). E obteve resultado favorável pelo CEP IH.

A pesquisa também utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o objetivo de se assegurar o anonimato da entrevistada sobre todos os dados fornecidos à pesquisadora, sendo garantido o sigilo e a privacidade das informações expostas na entrevista. O TCLE expôs os objetivos e métodos, ressaltando que a adesão à pesquisa era de livre e espontânea vontade e não iria acarretar prejuízos algum pela não participação ou desligamento da mesma. Todas as entrevistadas receberam o TCLE em duas vias, ficaram com uma cópia e a outra com a pesquisadora, ambas devidamente assinadas. Os resultados desta pesquisa estão disponibilizados no SEAD e no departamento de Serviço Social, e sua devolução às entrevistadas se fará se fará uma apresentação do trabalho final no próprio Serviço. Esta pesquisa não apresenta risco algum para os pacientes ou profissionais do SEAD.

Capítulo II. A CONSTRUÇÃO DO DESVIANTE: APROXIMAÇÃO CONCEITUAL À CATEGORIA ESTIGMA

O termo estigma foi criado pelos gregos e referia-se a sinais corporais que evidenciava algo de diferente, de extraordinário ou uma falha moral. Esses sinais discerniam pessoas segundo sua situação diante da sociedade (escravo, criminoso, traidor, doente) e indicam que tal pessoa deveria ser evitada, principalmente em lugares públicos, pois estava ritualmente poluída. Com o advento do cristianismo, tais sinais eram vistos como marcas corporais da graça divina que se referenciava ao abrochar de flores sobre a pele. Já a visão médica, definia esses sinais corporais como uma deficiência física. (GOFFMAN, 1988). Atualmente o termo estigma é mais usado com uma conotação pejorativa e está ligado não somente as questões físicas, mas também a desvios sociais.

A sociedade estabelece várias categorias e atributos nos quais as pessoas devem apresentar para se encaixarem como membros de determinados ambientes sociais. Os atributos são usados como parâmetro para averiguar a normalidade e serem considerados como naturais para aquele meio social no qual se quer frequentar. Quando uma pessoa é apresentada a outra, a primeira troca de informação dá-se através da identidade social, cujos atributos como ocupação, classe social, personalidade são analisados. Assim, cria-se concepções baseadas em expectativas rigorosas naquilo que se quer perceber do outro, a partir disso, Goffman (*idem*) denomina identidade social real, aquilo que efetivamente caracteriza a pessoa e identidade social virtual, referente a imputações feitas baseadas em expectativas do outro.

Uma pessoa que não se enquadra, por algum tempo, nos moldes tidos como normais, para uma determinada sociedade, pois possui atributos que a diferencie dos outros indivíduos mesmo que aparentemente tal “anormalidade” não seja evidenciada imediatamente, poderá somar-se a categoria dos “normais”. Porém, quando a característica incomum torna-se pública, este indivíduo sai do anonimato e passa a ser algo indesejável. De acordo com Goffman (1988) esta singularidade é um estigma, principalmente quando carrega algo pejorativo que remete a defeito, a algo desvantajoso.

Goffman destaca três tipos distintos de estigmas que modificam diretamente as relações sociais:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo lugar, as culpas de caráter individual, percebidas como vontades fracas, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminador por igual todos da família. (1988, p. 14).

Neste sentido, um indivíduo que apresente uma característica que chame a atenção das outras pessoas a ponto de taxá-lo e ofuscar todas as qualidades que ele possa ter, possui um estigma que afasta os “normais” causando um estranhamento. O relacionamento entre normais e estigmatizados é permeado de cuidados e discriminações, pois os normais olham para eles como seres frágeis, incapacitados e meio humanos. Goffman (1988) explica que a sociedade cria uma ideologia do estigma, onde são criadas diversas afirmações e explicações para confirmar a inferioridade que é dirigida ao estigmatizado e assim, justificar o tratamento desigual e a exclusão, esta, geralmente, associada ao perigo que tal indivíduo representa por ser algumas vezes comparado a um animal.

A dicotomia entre “normais” e estigmatizados, é resultado de padrões sociais oriundos da necessidade de se estabelecer regras e classificar coisas e pessoas. Segundo Gilberto Velho (1985) o modelo rígido que a cultura ou a sociedade criam como fenômeno primordial para a continuidade da vivência social permanece firme, a pluralidade comportamental tem limites e é claramente marcada. Neste caso, um comportamento ou atributo “desviante” remete a separação e delimita o campo de posicionamento de cada grupo social.

Velho (1985) afirma ainda que a condição do desviante está diretamente ligada as relações sociais estabelecidas e que não é unicamente produto do indivíduo. A pessoa estigmatizada pode tentar corrigir o seu defeito, como, por exemplo, uma deformação física passar por uma cirurgia plástica, ou um analfabeto corrige sua educação ou um alcoolista inicia tratamento, contudo, essas iniciativas melhoram a auto estima da pessoa e as deixam mais confiantes, mas não tira completamente a característica de estigmatizado, não atribuindo uma normalidade.

No meio social sempre há comportamentos desviantes que separam largamente a identidade social real da identidade social virtual, pois todo ser humano é plausível de

erros. A sociedade tende a criar paradigmas de perfeição, como algo ideal a ser buscado, e quando não se consegue preencher todos os atributos exigidos ou grande parte deles, a própria pessoa se vê como incompleto, inferior, indigno. A grande maioria dos modelos idéias formulados são baseados em paradigmas dominantes que tem o efeito de desqualificar as pessoas como, por exemplo, “ser homem, jovem, casado, pai de família, branco, urbano, heterossexual, católico, ter uma educação universitária, bem empregado, bom aspecto, bom peso, boa altura e com um sucesso recente nos esportes”. (GOFFMAN, 1988, p. 139).

A categorização reflete sobre as representações sociais não só de “normais” e estigmatizados, mas estabelece rígidos papéis definidos sobre o mundo masculino e o feminino. E ao se romper com os comportamentos padronizados de gênero cria-se um estigma, pois causa estranhamento ao grupo social, que reage contra este movimento, como o caso de mulheres que apresentam problemas com o uso de álcool. Goffman (*idem*) descreve que não necessariamente uma categoria social que exija um determinado comportamento para uma pessoa o que não quer dizer que outra categoria irá seguir também.

Um homem de negócios pode exigir das mulheres um comportamento feminino ou um procedimento ascético por parte dos monges, e não conceber a si próprio como pessoa que devesse seguir qualquer um desses estilos de conduta. A distinção reside entre o cumprir uma norma e o simplesmente apóia - lá. A questão do estigma não surge aqui, mas só onde há alguma expectativa, de todos os lados, de que aqueles que se encontram numa certa categoria não deveriam apenas apoiar uma norma, mas também cumprir - lá. (GOFFMAN, 1988, p. 16)

A partir disso, são exigidas diversas normas comportamentais para as mulheres e que não são direcionadas aos homens, apenas há um consenso de que tem um padrão a ser seguido e que o rompimento deste cause reações negativas no meio social. Há também graus de exigências comportamentais para ambos os sexos, como por exemplo, o uso abusivo de álcool que é popularmente associado a um desvio moral, a fraqueza e por isso, causa desaprovação pela sociedade. Contudo, quando refere-se a uma mulher alcoolista, a sociedade pune ainda mais, pois isso desvia completamente da imagem de mulher, esposa e mãe construída socialmente, causando o estigma.

Goffman (*idem*) afirma que a estigmatização não envolve apenas a uma divisão bipolar de indivíduos estigmatizados e de normais situados em um conjunto concreto, mas refere-se a um processo social de dois papéis, cujo cada indivíduo participa de

ambos os lados, em pelo menos alguns eventos sociais e em algumas fases da vida. A categorização de normal e estigmatizado não é referente à pessoa, e sim a perspectiva gerada frente a situações sociais, que durante a interação social, permeadas de normas de alguma forma não foram cumpridas. As características atribuídas por um longo tempo a um indivíduo podem desempenhar um determinado tipo de papel que representa em quase todas as situações a categoria de estigmatizado, tornando natural a referência a ele como uma pessoa estigmatizada cuja situação de vida o coloca em oposição aos normais.

Entretanto, os atributos estigmatizadores específicos não determinam a natureza dos dois papéis, normal e estigmatizado, mas refere-se apenas a frequência com que o indivíduo desempenha cada um desses papéis, o que está realmente envolvido são os papéis desempenhados e a interação entre eles com o meio social. Devido a isso, geralmente, aquele que é estigmatizado em um determinado aspecto exibe também os seus preconceitos “normais” frente os que são estigmatizados em outro aspecto. (GOFFMAN, 1988).

Velho (1985) afirma que a noção de desviante está ligada diretamente a maneira de como o sistema social de cada sociedade está organizada e por isso que esse termo deve ser usado com muito cuidado. A idéia de desvio, de alguma maneira implica a existência de um sistema comportamental ideal, padronizado, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social. O autor ressalta a diferença cultural de cada região que influencia diretamente sobre a maneira de ver o desviante, pois o que é normal para um pode ser “anormal” para o outro.

A trajetória histórica de abordar determinadas questões cria marcas profundas do estigma que mesmo com o passar dos anos não se esquece, como é o caso da saúde mental, que recentemente passa a requerer uma reforma na maneira de lidar com o doente mental. Desde o início das civilizações o doente mental é excluído do convívio social e tratado em condições precárias, desumanas, taxado por diversas nomenclaturas, como endemoniado, louco, maluco, vagabundo, perturbado, bruxo, impuro que agrava ainda mais o seu problema. O doente mental vitimado pelo estigma desenvolve uma imagem negativa de si próprio perante a sociedade, pois internaliza marcas profundas de descrédito gerado nas várias dimensões das relações sociais, isso desencadeia uma

descrença de um futuro diferente para si, atribui conquistas pessoais a outras pessoas ou a ocasiões. (ARAÚJO, MOREIRA e JÚNIOR, 2008).

Essa situação descrita contempla também os indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, como o álcool. A sua trajetória sócio-histórica está intimamente ligada ao percurso da saúde mental, pois ainda predominam, no imaginário, os discursos estigmatizantes sobre o uso do álcool e suas representações estereotipadas do usuário ligadas à violência, à loucura e ao crime. Os dependentes químicos são rotulados com termos como bêbado, safado, imoral, cachaceiro, viciado, pé inchado, entre outras. Todas essas concepções estão diretamente ligadas a uma avaliação moral, que indica fraqueza, caracterizando o estigma. Um jargão popular sintetiza bem a questão: “uma vez drogado, sempre drogado!”, isso indica um desvio de comportamento pouco tolerado, e reafirma a grande marca recaída sobre os dependentes químicos (MOTA, 2007).

Essas atitudes sócio-relacionais, muitas vezes baseadas em mitos, provocam diversos danos ao indivíduo, como a baixa auto-estima e conseqüentemente a aceitação da interpretação de terceiros sobre o seu estado, isso pode provocar episódios depressivos e de ansiedade levando a um isolamento social.

Os estereótipos remetidos aos usuários de substâncias psicoativas, em especial ao etanol, se oriunda da trajetória sócio-histórica do uso da bebida alcoólica, pois ganha diversos significados de acordo com o período histórico e a população de cada região. A partir disso, torna-se indispensável à abordagem sobre as concepções do uso do álcool e a contextualização dessa prática frente às constantes mudanças da sociedade.

Capítulo III. CONTEXTUALIZAÇÃO E ABORDAGENS SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL

Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool etílico ou etanol é considerado uma substância psicoativa que atua no sistema nervoso central, provocando mudanças no comportamento de quem o consome. O etanol é produto da fermentação de açúcares, o método mais comum no Brasil, que utiliza a cana-de-açúcar. É muito comum o álcool não ser referenciado como uma droga como outras substâncias psicoativas, isso se dá, segundo Mota (2007) devido à classificação empírica que comumente, seguem uma determinada norma: “drogas (substâncias psicoativas ilícitas), álcool e tabaco (substâncias psicoativas lícitas) e remédios (substâncias químicas destinadas a produzir um efeito qualquer sobre o corpo, legalmente prescritas por médicos).” (p. 12). O termo droga passou a ser usado apenas para referenciar substâncias ilícitas, e conseqüentemente, perpassa pela “esfera da moralidade jurídico-policial” (*idem*), assim, esse termo, usado normalmente com caráter pejorativo, carrega um conceito moral que não encaixa as substâncias aceitas socialmente.

O álcool está presente na sociedade desde os tempos mais remotos. Masur (2004) afirma a impossibilidade de medir quando exatamente ocorreu a descoberta do álcool, porém sabe-se que ele e os problemas do seu uso inadequado são antigos conhecidos do ser humano. As primeiras notícias sobre o uso extensivo do álcool datam no século VI a.C. entre os povos de diversas culturas, como os egípcios, gregos e romanos, há relatos nos templos que se evidencia embriagues: Hipócrates (460 a.C) teria relatado a loucura causada pelo uso do álcool e os problemas do seu consumo pelos epiléticos. A descrição dos efeitos do álcool nos indivíduos e as conseqüências sociais de seu consumo exagerado encontram-se até mesmo na Bíblia: “Noé, que era agricultor, plantou uma vinha. Tendo bebido vinho, embriagou-se e apareceu nu no meio de sua tenda” (Gênesis 9,21). Assim, fazer uso da bebida alcoólica é certamente um dos costumes mais antigos. (NIEL e JULIÃO, 2006).

Até o século XIX, o consumo do álcool, no que diz respeito à medicina, era uma temática pouco estudada e permeada de dúvidas, pois não havia consenso sobre a sua utilização, alguns afirmavam que o álcool deveria ser usado medicinalmente que proporcionava benefícios à saúde e outros viam essa substância como algo ruim que deveria ser extinto. Somente em 1849, o médico sueco Magnus Huss propôs o termo

alcoolismo para referir-se a problemas relacionados ao uso crônico de álcool, considerando-o como uma doença.

Em 1882, o norte americano J. E. Todd cunhou o termo alcoolismo como um vício, desassociando-o do caráter de doença, proposto por Huss. Assim, Todd afirmou que o problema do alcoolismo relacionava-se a uma espécie de “fraqueza moral” levantando novamente uma grande polêmica sobre a temática. Isso fez com que o termo ganhasse uma conotação pejorativa servindo como rótulo estigmatizante que perdura até hoje. (NIEL e JULIÃO, 2006).

Em 1951, Fouquet declarou que o alcoolismo era caracterizado principalmente por uma alteração de comportamento que se manifestava em função da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. A partir disso, ele elabora um dos principais critérios de diagnósticos de dependências, que é a “perda de controle”. Essa afirmativa de Fouquet dá margem para que fenômeno do alcoolismo ultrapassasse as explicações meramente organicistas.

Segundo Bertolote (1997), em 1953, cientistas sociais passaram a abordar o alcoolismo como “um fenômeno que se manifesta em várias dimensões, expressando-se ao longo de distintos eixos: físicos, mas também psicológico e social” (p.26). Acrescenta ainda que Robert Strauss e Seldon Bacon, em 1953 apresentaram uma mudança notável do ponto vista epistemológica, pois ampliou as definições e as diversas situações que envolvem a questão, rompendo com a lógica mecanicista de causa e consequência, atribuindo a fatores multifacetados.

Em 1960, Jellinek deu continuidade às idéias de Fouquet e ampliou a definição de alcoolismo, caracterizando-o como “qualquer uso de bebidas alcoólicas que ocasiona prejuízos ao indivíduo ou a ambos” (NIEL e JULIÃO, 2006, p. 136). A partir disso, foi criada uma nova concepção baseada nos diferentes padrões de consumo de bebida alcoólica: “problemas relacionados com o consumo de álcool”, que abarca de maneira mais completa a questão, pois o coloca numa perspectiva histórica e social. (BERTOLOTE, 1997).

Essas mudanças são reflexos da incapacidade puramente organicista e positivista de abordar a questão, há uma crescente difusão do modelo biopsicosocial para compreender e lidar com os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica, entretanto as explicações positivistas ainda dominavam o campo científico, e mesmo

levando-se em conta todos os outros fatores não físicos, o alcoolismo ainda era entendido como uma doença. A versão conceitual de Jellinek ganhou grande destaque nos Estados Unidos, sendo disseminado amplamente pelo movimento dos Alcoólicos Anônimos, grupo no qual, nascera em 1935, formado por pessoas que apresentavam graves problemas derivado ao abuso da bebida alcoólica e perceberam que ao trocar as experiências sobre o problema em comum, poderiam se ajudar a permanecer em abstinência do álcool. Esse grupo se tornou uma organização mundialmente conhecida.

Genevieve Knupfer (1967) se aprofundou nos diversos problemas relacionados com a bebida alcoólica e deu um novo enfoque ao fenômeno do alcoolismo relacionando-o à ações do cotidiano que possivelmente poderiam potencializar os problemas associados ao uso do álcool: “problemas familiares; problemas legais; problemas no trabalho; problemas de saúde (incluindo hospitalizações); problemas econômicos” (BERTOLOTE, 1997, p. 27). Esse achado impulsionou uma gama de trabalhos científicos a cerca dos diversos impactos sociais que interferem na vida da pessoa dependente de álcool.

A síndrome de dependência de álcool, conceito criado por Griffith Edward e Milton Gross (1976), deu base para os autores da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10) e da 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV). Este paradigma definiu um conjunto de sintomas e diretrizes que dão parâmetro para identificar a síndrome de dependência do álcool, tais como:

- Estreitamento do repertório de beber;
- Dar preferência a beber em lugar de realizar outras atividades;
- Aumento da tolerância;
- Sintomas de abstinência;
- Busca da bebida para alívio dos sintomas de abstinência;
- Consciência da compulsão para beber;
- Reinstalação da Síndrome, mesmo após longos períodos de abstinência. (NIEL e JULIÃO, 2006, p. 136).

Nota-se que a evolução do conceito histórico sobre o abuso e dependência do álcool é permeada de grandes discussões que perpassa pelo ponto de vista moral, (popularmente difundido) pela visão biomédica que o caracteriza como uma doença reduzindo os fatores multifacetados a uma questão física e pela visão dos problemas associados ao consumo de álcool, área mais ampla que permite diversos estudos da temática.

A abordagem do uso de álcool no Brasil perpassa pelo positivismo que se norteava nas teses organicistas. No início do século XX, psiquiatras brasileiros propuseram promover uma “higiene das paixões, dos vícios, e degeneração das camadas menos privilegiadas da população” (MOTA, 2007, p. 20) por meio da Liga Brasileira de Higiene (1923). Alguns médicos acreditavam que o país estava no patamar de subdesenvolvimento devido a uma espécie de “maldição tropical”. A partir disso cria-se uma criminologia positivista para perseguir qualquer pessoa que apresentasse as “marcas de devassidão” que eram biologicamente herdada e transmissível. A população que oferecia esse tipo de risco eram os mendigos, alcoolistas, delinqüentes, prostitutas, negros, mestiços, etc. (MOTA, 2007).

De acordo com Matos (2000) o êxodo rural e o intenso aumento da urbanização, causando a expansão das favelas e de moradias em condições insalubres, acrescida ainda pela dificuldade de conseguir trabalho, proporcionaram um ambiente propício para a disseminação da problemática do uso do álcool. Nesse contexto, os higienistas positivistas promoveram uma série de campanhas para combater o uso do álcool, e resgatar a classe trabalhadora pobre, como incentivar o casamento no início da fase adulta, mas realizar previamente exames para testar a “imunidade biológica” do futuro cônjuge a fim de identificar precocemente problemas de saúde mental ou alcoolismo. Esse teste tinha um objetivo maior de evitar o “contágio social” pela disseminação de genes deficientes, bem como a esterilização de alcoolistas.

A responsabilidade de proliferar gerações de filhos epiléticos, raquíticos, doentes mentais, alcoolistas e com propensão à criminalidade era destinada aos alcoolistas. Entretanto, havia um grande incentivo ao modelo de homem trabalhador, não voltado aos vícios, disciplinado e ordeiro e de mulher dedicada à prole, ao marido e aos cuidados domésticos. Assim, Mota (*idem*) ressalta que a dependência do álcool, mesmo entendida pelo ponto de vista biológico, quando tratada se dava via moral.

Apesar de vislumbrar o alcoolismo como ‘biologicamente herdado’, o que isentaria de culpa o indivíduo que o ‘contraiu’, a receita para sua remissão estava sempre ligada a um tratamento moral, incluindo a privação de relações sexuais entre os alcoolistas como profilaxia à difusão desta patologia das gerações. (MOTA, 2007, p. 22).

Conforme se pode perceber, na evolução dos conceitos históricos, os problemas provenientes do consumo da bebida alcoólica foi ganhando espaço, se transformando ao longo do tempo e suscitando um maior interesse pela área médica, pois está presente na

CID-10. A Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10) foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Com isso, o uso de todas as substâncias psicoativas foi classificado pelos códigos F10 a F19. O uso do álcool está representado pelo código F10 que refere-se a transtornos mentais e comportamentais. Segundo Bertolote (1997), dois elementos ganham destaque na definição e na abordagem ao uso do álcool, o F10.1, uso nocivo para a saúde, e o F10.2, síndrome de dependência, pois não difere o uso apenas pela quantidade de substância ingerida, mas considera-se também os fatores qualitativos, como as repercussões nas suas diversas áreas tanto física, mental e social.

O uso nocivo refere-se a um padrão de consumo de substâncias psicoativas que está causando danos à saúde física, mental e social, e está ligado a periodicidade dos problemas decorrentes do uso do álcool e não a episódios isolados. Atualmente, para diagnosticar a dependência alcoólica, segundo a CID-10, é preciso que se observe três dos critérios a seguir ao longo de 12 meses:

- Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância.
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância.
- Síndrome de abstinência e necessidade de uso da mesma substância para aliviar seus sintomas.
- Evidência de tolerância, isto é necessidade de doses maiores para conseguir os mesmos efeitos.
- Abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância ou para se recuperar de seus efeitos.
- Persistência no uso da substância, a despeito da evidência clara das conseqüências nocivas, como transtornos físicos, mentais e sociais.

A dependência do álcool é um processo gradativo de transição de um beber moderado ao uso nocivo até a intensificação e o descontrole do consumo. Importante destacar que não se pode ignorar o fato de que perpassar por diversos fatores biopsicossociais pode acelerar ou interromper esse processo.

O uso abusivo do álcool, em comparação com outras substâncias psicoativas, apresenta algumas singularidades que fazem com que os problemas relacionados seu uso sejam recorrentes e aumentem gradativamente, como: o fato de ser uma droga lícita e culturalmente aceita, onde seu uso social é aceitável e, em algumas situações o uso problemático é estimulado, como por exemplo, um jovem que toma seu primeiro “porre”. De maneira geral, o consumo do álcool é visto como uma ação normal e excessivamente tolerável, em compensação há uma não aceitação social a quaisquer

outras drogas. Outras questões relevantes são: grande disponibilidade, pois há um baixo preço e um fácil acesso, há uma deficiência na fiscalização nos pontos de venda e sobre as restrições legais (proibido vender álcool a menores, a pessoas alcoolizadas); as bebidas alcoólicas fazem perder a fome; seu efeito farmacológico, como o depressor, proporciona um estado eufórico, vista como desinibição comportamental, hilaridade, expressões afetivas aumentadas e diminuição da autocrítica. (MASUR, 2004).

De acordo com Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) o álcool ao ser ingerido cai diretamente na corrente sanguínea, que conseqüentemente é distribuído por todo o corpo. É altamente solúvel em água e gordura e por isso, atinge mais intensamente o cérebro, os pulmões e os rins, pois estes órgãos alcançam níveis alcoólicos mais elevados devido ao alto fluxo sanguíneo. O tempo necessário para atingir a concentração máxima de álcool no sangue é de 30 a 90 minutos dependendo de vários outros fatores.

Com isso, esses autores ainda acrescentam que o álcool surte diversos efeitos no organismo, como no sistema cardiovascular que temporariamente aumenta o ritmo cardíaco e a vasodilatação, principalmente na pele, causando o rubor facial. Há também aumento da temperatura corpórea levando à sudorese e dependendo da quantidade de ingestão do álcool há uma desregulação brusca da temperatura do corpo. O uso da bebida alcoólica pode inflamar o revestimento do estômago e produzir uma gastrite erosiva, podendo haver um agravamento do problema causado por intoxicação alcoólica, como a parada das funções gastrintestinais secretoras e motoras. Notam-se pequenas modificações no funcionamento dos rins e da respiração. Já no sistema nervoso central, dependendo da quantidade e frequência do álcool, seus efeitos são claros, como:

- 30mg% afetam a habilidade de dirigir veículos
- 50 a 100mg% provocam mudanças de humor e de comportamento (prejuízos da coordenação e aumento dos riscos de acidentes)
- 150 a 300mg% geram perda do autocontrole (coordenação motora e coordenação da fala).
- 300mg% evidenciam intoxicação.
- Indivíduos não tolerantes com concentração alcoólica de 300 a 500mg% estarão gravemente intoxicados (intoxicação alcoólica aguda), podendo seguir-se estupor, hipotermia, hipoglicemia, convulsão, depressão dos reflexos, depressão respiratória, hipertensão, coma e morte. (BORDIN, FIGLIE, LARANJEIRA, 2004, p. 34).

O uso crônico do álcool pode trazer graves complicações para o ser humano e apresentam três grandes dimensões: complicações físicas, mentais e sociais, lembrando

que essas grandes áreas não aparecem separadamente e quanto mais grave a dependência do álcool maiores serão os problemas nestas três dimensões.

O I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Faculdade Federal de São Paulo, no ano de 2007, utilizou duas variáveis: a frequência e quantidade do beber. Segundo esse levantamento, 48% dos brasileiros não fazem uso de álcool e 52% são classificados como bebedores, deste total, 24% bebem frequentemente e pesado (mais de cinco doses, 50ml destilados), 29% fazem uso pouco freqüente e não fazem uso pesado. A pesquisa levanta uma discussão muito interessante sobre o perfil do consumo de álcool pela população brasileira e rebate a idéia simplista de que “todo mundo bebe um pouco”, segundo o esse I levantamento:

Metade da população não bebe; dos bebedores, a metade bebe com um padrão perigoso e somente a outra metade bebe com um padrão relativamente seguro. Essa informação é importante e deveria ser amplamente divulgada e discutida, pois mostra que o consumo de bebidas alcoólicas não é um fenômeno em que a maioria bebe pouco. Na realidade, metade dos bebedores consome álcool com alto risco para sua saúde. (SENAD, p. 73, 2007).

Esse estudo apresenta ainda os tipos de problemas relacionados com o consumo abusivo do álcool. Do total dos entrevistados, 38% dizem ter problemas físicos decorrentes ao uso do álcool, em seguida aparecem os problemas familiares que foram citados por 18% dos entrevistados. Problemas com a violência são mencionados, principalmente pelos jovens de 18 a 24 anos, 23% da população nessa faixa etária. É importante esclarecer que essa pesquisa considerou as especificidades de cada região, faixa etária e sexo. Os dados mostram que o consumo problemático da bebida alcoólica acaba criando problemas que habitualmente não surgiria ou intensifica algumas situações já conflituosas, sendo que tais problemas estão mais diretamente relacionados com padrão do consumo do álcool do que com características pessoais.

Em relação ao uso nocivo e de dependência do álcool (padrões definidos pela CID-10), do total da população a partir dos 18 anos, 3% declaram ter problemas com o uso nocivo e 9% de dependência. Isso demonstra que 12% da população brasileira apresentam problemas graves decorrente ao uso do álcool. O custo social do álcool para a saúde pública representa um índice elevado. Segundo o levantamento realizado pelo

Ministério da Saúde estima-se que mais de 380 milhões de reais foram gastos com problemas decorrentes do uso do álcool no período de 1998 a 2007. Outra pesquisa realizada pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (Unifep) juntamente com o Conselho de Medicina de São Paulo (CREMESP) que lideram o “Movimento Propaganda Sem Bebida” declaram que 10% das doenças e mortes no Brasil são causadas pelo consumo de bebidas alcoólicas, além de 60% dos acidentes de trânsito. Mas em 70% dos laudos cadavéricos de mortes violentas são encontrado teores alcoólicos elevados⁵.

Atualmente, não há uma total clareza sobre as causalidades que determinam a síndrome da dependência do álcool, mas existem hipóteses que atentam as vertentes biológicas, psicológicas e sociais.

Com relação aos fatores biológicos, existem hipóteses em que a dependência ao álcool pode ser transmitida geneticamente, isto é, os filhos de pais alcoolistas têm uma maior probabilidade de desenvolver a doença. Conforme Formigoni e Monteiro (1997), algumas pessoas quando começam a beber não conseguem se restringir a pouca quantidade de bebida alcoólica, bebendo até embriagar-se, devido a reações fisiológicas. Estudos apoiados nas explicações biológicas argumentam que os filhos de dependentes de álcool teriam uma menor percepção da intoxicação alcoólica ou que possuiriam uma maior tolerância inata ao álcool.

A vertente psicológica diz respeito aos sentimentos dos alcoolistas, como a insegurança, a agressividade, a ansiedade, a depressão, a culpa. Porém estes sentimentos são mais conseqüências do consumo excessivo de álcool do que propriamente das causas, pois com a intensificação do seu uso são severamente agravadas. Formigoni e Monteiro (*idem*) afirmam que as influências psicológicas incluem tanto processo cognitivos como fatores afetivos, sendo que cada referencial teórico abordado tentará explicar o fenômeno de uma maneira, como a abordagem comportamental, vê a dependência como um comportamento desviado, que foi adquirido e como tal é possível de análise e modificação.

Os fatores sociais dizem respeito a uma “possível” aceitação ao indivíduo no grupo, influencia sócio-culturais, entre outros. É muito importante a compreensão dos

⁵ Dados retirados do site www.cremesp.org.br

fatores sociais, pois estes revelam aspectos fundamentais para o estudo e tratamento da dependência do álcool, tais como, normas e regras de uma determinada cultura, o seu modo de organização e funcionamento.

Segundo Macrae (2001), a uso de substâncias psicoativas só se dão dentro de um contexto de atividades simbólicas e o ambiente, onde o que realmente importa é compreender a interpretação que o indivíduo dá a sua experiência, o seu estado e a sua motivação que faz com que ele repita varias vezes o consumo da droga para alcançar a sua satisfação no plano cognitivo, afetivo, social e cultural. Sem dúvidas, o contexto sócio-histórico da droga é repleto de interpretações de diversas épocas e culturas que nas quais formam as necessidades de consumo e o manejo de cada grupo. Assim só é possível compreender os efeitos individuais e coletivos das substâncias psicoativas a partir de uma perspectiva bio-psico-social.

Esse mesmo autor relata ainda que desde a pré-história as pessoas de diversas culturas já recorriam a substâncias de um animal ou alguma planta que provocavam alterações na consciência e no comportamento. Essas substâncias eram usadas para causar algum tipo de “alívio do sofrimento” ou típicas em rituais religiosos de várias religiões tanto orientais quanto ocidentais. O uso da bebida alcoólica tinha fins medicamentosos para os habitantes da mesopotâmia em 2200 A.C. Os Romanos ainda tinham uma visão neutra sobre o uso do álcool, eles usavam em reuniões sociais e como instrumento religioso para trazer um “relaxamento profundo” e proporcionar um “autoconhecimento” (p.6). Embora o consumo fosse proibido a mulheres e aos menores de 30 anos.

Mas com o advento de uma nova religião no Império Romano todas essas práticas antigas eram consideradas pagãs e a neutralidade da droga foi quebrada.

Os sacerdotes da nova religião do estado passaram a perseguir os praticantes de cultos vistos como rivais, tentando obliterar qualquer traço de suas antigas crenças e práticas, incluindo aí sua vasta farmacopéia. As drogas passaram a ser estigmatizadas não só por sua associação a cultos mágicos e religiosos, mas também por seus usos terapêuticos para aliviar o sofrimento, já que a dor e a mortificação da carne eram concebidos pelos cristãos no poder como formas de aproximação a Deus. Tal foi a perseguição ao conhecimento farmacológico que, no Século X, o emprego de drogas para fins terapêuticos tornara-se sinônimo de heresia e a busca de cura tinha que se limitar ao uso de recursos de eficácia puramente simbólica tais como estranhas substâncias conhecidas como "pó de múmia" e "pó de chifre de unicórnio", além das indulgências eclesíásticas, óleos santos, velas e água benta. (MACRE, 2001, p. 7).

No mundo islâmico, a concepção sobre as substâncias psicoativas também sofreu uma transformação radical, estas eram bem vistas, pois evitavam o cansaço e proporciona maior energia, porém uma onda de radicalismo e intolerância toma conta da organização religiosa e passa punir todos os usuários de álcool e haxixe (ESCOHOTADO 1994 *input* MACRE, 2001).

Com o passar do tempo, a liberalização do uso de substâncias psicoativas eram guiadas pelo mercado dominante, como por exemplo, quando a Inglaterra passou a exportar ópio para a China, o consumo era visto como algo normal e habitual, mas a partir do momento que a China passou a ser a principal produtora deste produto, a Inglaterra começou a combater o tráfico dessa substância por considerá-la moralmente injustificável. O contexto das substâncias psicoativas é repleto de contradições vinculadas ao mercado e ao estigma criado sobre os usuários que não faziam parte de determinada elite, como conta Macrae (*idem*):

Nos Estados Unidos, inicialmente foram postas em movimento campanhas populares de cunho religioso, mas que tinham como finalidade políticas estigmatizar certos grupos minoritários, associados ao uso de determinadas substâncias, como os imigrantes chineses ou irlandeses considerados grandes consumidores de ópio e de bebidas alcoólicas respectivamente. (MACRE, 2001, p.10).

Desde então, as constantes disputas econômicas sobre as drogas ainda tem prioridade frente às questões de saúde pública. Até hoje, o seu uso é marcado fortemente pelo estigma que oscila entre a moral e o patológico. Das diversas dimensões que o consumo do álcool possui, a área de “anormalidade” decorre de uma ação que durante muito tempo na história ficou esquecida ou proibida, trata-se do consumo de bebida alcoólica pelas mulheres, que ao longo dos anos, ganhou pouca visibilidade.

Capítulo IV. REFLEXÕES SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL POR MULHERES NUMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

O movimento feminista é protagonista de grandes conquistas para as mulheres, tanto no âmbito do direito efetivo quando na criação de produções teóricas, preocupando-se em identificar o debate de gênero como uma categoria analítica, considerando que tal categoria perpassa por diversas temáticas, resultando assim, na inclusão da temática no mundo científico.

Mesmo com as constantes mudanças da sociedade desencadeando cada vez mais o reconhecimento de direitos da mulher, ainda há regras muito rígidas remetidas ao sexo feminino. Sabe-se que a sociedade e a cultura marcam padrões de comportamento diferenciados para homens e mulheres, de acordo com as funções determinadas a cada gênero. As responsabilidades inerentes aos papéis social e culturalmente atribuídos às mulheres, geralmente, cristaliza-se em um modelo ideal de comportamento feminino que deve ser seguido. A partir disso, qualquer ação que rompa com esse padrão comportamental causa reações negativas no meio social remetendo a uma imagem desviante. (VELHO, 1985).

Nesse sentido, o consumo de álcool por mulheres, apresenta uma problemática ainda maior, pois além do estigma histórico da dependência química, ainda existe o desvio comportamental, resultando assim na dupla penalização social. (OLIVEIRA, PAIVA, VALENTE, 2006).

4.1 O movimento feminista e a construção do gênero como categoria analítica

O termo gênero, segundo a gramática da língua portuguesa, refere-se a um aspecto que permite classificar os diversos conjuntos de palavras em dois números fixos de categoria (masculino e feminino), baseado como critério o sexo. (Dicionário Aurélio, 2008). Segundo Joana Pedro (2005), na língua todas as coisas possui gênero, mas nem tudo é sexuado, mas mesmo assim mantêm-se a distinção das palavras caracterizadas pelo gênero. Tomando como referência essas palavras que não tem sexo, mas tem gênero que os movimentos feministas da década de oitenta adotaram a palavra gênero para substituir a denominação sexo.

Buscavam, desta forma, reforçar a idéia de que as diferenças que se constataavam nos comportamentos de homens e mulheres não eram dependentes do ‘sexo’ como questão biológica, mas sim eram definidos pelo ‘gênero’ e, portanto, ligadas à cultura. (PEDRO, 2005, p. 78)

Para Joan Scott (1995) o termo gênero é usado pelas feministas para referir-se a “organização social da relação entre os sexos” (p. 72). Assim, a abordagem gramatical é falha, pois se restringe apenas a distinções do sexo, deixando uma gama de possibilidades para traz, além disso, nas línguas indo-européias existe uma terceira categoria que é o neutro, sem sexo. A gramática foi feita para classificar e separar todas as categorias existentes na língua e a partir disso, tudo aquilo que ela não identifica claramente como pertencente ao masculino ou ao feminino, é alocado no neutro.

Contudo, a construção da palavra gênero, como categoria analítica que visa romper com concepções dicotômicas, perpassa pela história de muita luta dos movimentos sociais feministas, gays e lésbicas, que andavam em paralelo com os outros movimentos dos direitos humanos, na qual buscavam igualdade e respeito.

Em 1968, foi publicado um livro do autor Robert Stoller chamado “Sex and Gender” referindo-se a distinção entre gênero e sexo. Tal livro abordou sobre questões de identidade das pessoas identificadas como “intersexos e transexuais”, ele levanta a hipótese (na época) de que as identidades sexuais eram escolhidas de acordo com cada sentimento individual e não por determinação biológica. A partir disso, o autor deixou claro que a anatomia genital era referente ao sexo e a identidade sexual considerava-se gênero. (PEDRO, 2005).

Nesse sentido, o movimento feminista é marcado por algumas fases que acompanham o contexto sócio-histórico da mulher na sociedade. A primeira fase do feminismo, situado no final do século XIX, configura-se pelas reivindicações dos direitos básicos, em que a mulher estava privada de exercer a sua cidadania, como “os direitos políticos (votar, se candidatar), os direitos sociais e econômicos (trabalho remunerado, estudo, propriedade privada, herança)”. (PEDRO, 2005, p. 79)

Após essa grande luta para ser vista socialmente como uma cidadã de direitos, a segunda fase, surgida após a Segunda Guerra Mundial, refere-se às reivindicações pela liberdade ao corpo, ao prazer e contra a subordinação das mulheres frente ao patriarcado. O movimento feminista reivindicava a criação de leis que garantissem uma maior proteção a mulher, principalmente, no âmbito privado do lar, onde se evidenciava

as mais diversas variações de violência doméstica devido à dominação masculina. (PEDRO, 2005).

Foi nos anos 60 que o movimento feminista ganhou mais força, principalmente nos Estados Unidos, sendo criado em 1966 a *National Organization of Women – NOW*. Houve também a criação do movimento feminista francês, a partir da publicação em 1949, do livro “o segundo sexo” de autoria da Simone de Beauvoir.

Segundo Pedro (2005), inicialmente, a palavra usada pelas feministas era “Mulher” como resposta ao uso generalizado do termo Homem (usado para contemplar todos os seres humanos). As feministas questionavam a universalização masculina, refletida nos termos e não se sentiam contempladas, não só no uso na linguagem, mas também em várias questões específicas da mulher.

Com isso, o movimento feminista formou grupos exclusivamente de mulheres para tratar de questões comuns em que elas eram alvo de opressão derivado da subordinação masculina. Esse grupo ficou conhecido como “separatistas”. Os movimentos feministas sempre foram marcados por muitas questões polêmicas e quanto mais visibilidade ganhavam, maior eram as divergências. Sendo que destacavam-se dentro do movimento feminista dos anos 60 duas correntes: as diferencialistas e as igualitaristas. (*idem*)

As diferencialistas consideravam que o sexo (órgão genital) “que lhes dava a identidade para as lutas contra a subordinação” (PEDRO, 2005, p. 81), ou seja, elas concordavam com os pressupostos de haver uma diferenciação biológica, mas reivindicavam uma maior abertura para a mulher no mundo. Já as igualitaristas lutavam por uma “igualdade de condições com os homens na esfera pública” (*idem*), diziam que as mulheres deveriam reconhecer suas diferenças com igual valor das diferenças dos homens. Essas duas correntes se assemelhavam na perspectiva cultural da diferenças de homens e mulheres.

O uso da categoria “Mulher” fora muito criticada, principalmente no contexto norte americano, por diversas mulheres que não se reconheciam dentro desse movimento e não compactuavam com as reivindicações.

Elas não consideravam que o trabalho fora do lar, a carreira seria uma ‘libertação’. Estas mulheres há muito trabalhavam dentro e fora do lar. O trabalho fora do lar era apenas uma fadiga a mais. (PEDRO, 2005, p. 82)

Estas discussões resultaram em mudanças de abordagem, no qual o termo “mulher” foi substituído por “mulheres” para representar a diversidade dentro da categoria e ressaltar as diferentes demandas de luta. Apenas a igualdade do sexo não era suficiente para unir as mulheres em prol de uma luta, era preciso identificar e assumir os vários tipos de opressão. (PEDRO, 2005).

Mesmo tendo consciência de que havia uma diversidade de reivindicações em torno de uma luta, todas as mulheres de diferentes culturas eram submissas aos homens, dos mais variados níveis e das mais diferentes formas. Essa submissão refletia também no tipo de trabalho destinado para cada sexo, as atividades exercidas por mulheres eram atribuído baixa valor. (PEDRO, 2005).

De acordo com Louro (1996), a partir dos anos 80, o movimento feminista incorporou a categoria gênero como abordagem teórica para abarcar todas as questões surgidas nas relações sociais entre sujeitos sexuados. Assim, o conceito de gênero começou a ser difundido com mais intensidade provocando grandes discussões no cenário de militância feminista, pois o conceito ampliou a abordagem teórica como uma categoria analítica, mas também surgiram questionamentos a cerca da visibilidade da temática, onde a escolha por essa nova teoria significava ocultar o sujeito que fora historicamente esquecido e negado pela ciência.

Essa mesma autora relata ainda que outra questão levantada sobre o tema diz respeito ao significado lingüístico, pois o termo se origina na língua inglesa, *gender* que refere-se à diferença sexual, relacionada a sexualidade distinto de sexo, contudo nas línguas de origem latina o termo gênero não traz tal definição.

Conforme Meyer (1996) a abordagem do gênero se divide em três grandes teorias feministas que discutem o poder em diferentes concepções: o feminismo radical que empenhou-se em explicar as origens do patriarcado, a partir das diferenciação do sexo biológico. A dominação masculina explica-se pela necessidade de delimitar e polarizar o sexo, sendo este imutável, a fim de exercer o seu poder absoluto (propriedade exclusiva do homem) sobre o sexo “inferior”. Além disso, a mulher era considerada apenas um instrumento para garantir a reprodução da espécie.

Observa-se que a segunda teoria é baseada no marxismo e que as feministas que seguem essa linha argumentam que a submissão das mulheres está ligada diretamente ao contexto sócio-histórico e cultural da organização da sociedade e principalmente pelas

relações econômicas de produção. A dominação masculina sobre as mulheres explica-se pelos conceitos usados no marxismo, como a “divisão sexual do trabalho, trabalho produtivo e improdutivo, relações de produção e reprodução”. (MEYER, 1996, p 43)

Por último, a autora apresenta a teoria feminista que se apóia na psicanálise, norteada pela escola pós-estruturalista francesa e na corrente anglo-americana da relação do objeto. Esta significou o uso do gênero a partir da “construção e a organização social da relação entre os sexos” (*idem*). Tal definição rompeu com os argumentos fragmentados que baseavam principalmente na diferença biológica do sexo e na estrutura econômica.

Scott (1995) destaca que o uso de gênero no lugar de “mulheres” deu ênfase aos argumentos, nos quais afirmavam que a distinção de sexo era basicamente uma construção social e não um determinismo biológico. Esse termo também ampliou a sua abordagem, pois gênero poderia ser instrumento de estudo tanto de homens quanto de mulheres, sendo identificados em termos recíprocos, mudando com as pré-definições que os termos homens e mulheres carregam. Além disso, argumenta que a abordagem do gênero tenta romper com a polarização do sexo, pois há uma contextualização da mulher no mundo masculino, não de forma isolada e única como um corpo estranho na sociedade, mas traz a relação direta de um sexo frente ao outro.

Para Scott (1995) o uso do termo implica também em rejeitar quaisquer explicações biológicas para justificar a dominação masculina em contrapartida, argumenta que a concepção de mulher ou homem refere-se a papéis sociais construídos culturalmente sobre corpos sexuados.

Contudo, o conceito ganha mais adeptos (as) e o termo passa a transformar também a linguagem, pois a prática e as mudanças socioculturais dão um novo significado às palavras. Nesse sentido, o conceito de gênero refere-se à construção social de sujeitos masculinos ou femininos, distinto de sexo que é referente à identidade biológica (macho/fêmea). Louro (1996) aponta que esse conceito abre um leque de possibilidades de estudos, pois não focaliza apenas as mulheres, mas sim, a construção dos sujeitos femininos e masculinos eliminando as concepções biologizantes que determinam e diferenciam o ser mulher ou homem. (LOURO, 1996).

Scott (1995) analisa que a uso do termo gênero proporciona aos trabalhos científicos uma maior seriedade, pois se adapta a terminologia científica das ciências

sociais e substitui eficazmente o termo “estudos das mulheres”. A autora acrescenta ainda que o conceito pretende ampliar a abordagem sobre feminino e masculino analisando o processo de formação dos sujeitos, refletindo sobre diversas áreas da sociedade que disseminam e impõem o binarismo sexista, como a divisão sexual do trabalho. Gênero seria então “um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e também uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p. 86), apresenta-se como um instrumento teórico de categoria analítica sobre os diversos fenômenos que permeia as relações humanas e as representações sociais.

Guacira Louro (1996) afirma que ao se trabalhar com o gênero, geralmente há uma tendência de ignorar ou eliminar a biologia da abordagem social e histórica, com o temor em cair na argumentação binária biológica, mas é importante lembrar que se lida com seres sexuados e que as questões biológicas também estão suscetíveis a constantes transformações. Assim, “o caminho seria evitar a polarização natural/social, possivelmente compreendendo que o gênero tem uma dimensão e uma expressão biológica” (p. 11). Nesse sentido, Scott (1995) assinala que o gênero perpassa por todo o sistema de relações sociais que pode envolver também o sexo, mas não está determinado diretamente a ele e nem a sexualidade.

Outro aspecto levantado por Scott (1995) está relacionado às construções sociais de gênero que determinam as atribuições de papéis sociais ocidentais e que são permeados de símbolos e mitos dicotômicos como a “Virgem Maria e Eva, inocência e corrupção, luz e trevas” (p.86) que gera os modelos de comportamentos a serem seguidos ou não. O marianismo, por exemplo, impõe uma dupla moralidade sobre as mulheres, pois além das regras gerais de conduta socialmente estabelecidas pelo ser humano, às mulheres devem comportar-se de maneira ainda mais rígida que os homens, destacando algumas áreas, como a sexualidade, a estética e o autocontrole. (SOUZA e BALDWIN, 2000).

Louro (1996) apresenta a proposta de desconstruir as padronizações dos papéis sexuais de gênero e romper com a lógica binarista, demonstrando que os sujeitos femininos e masculinos são apenas produtos de uma construção social, que ambos estão relacionados e presentes no ser humano, rejeitando, portanto o caráter fixo e polarizado disseminado historicamente.

De acordo com Meyer (1996), as diferenças sexuais biológicas determinam as relações de poder nas organizações da vida social. Para ela a lógica binária do sexo antecede e perpassa todas as relações sociais, pois desde o nascimento há a necessidade de definição do sexo, antes de se conhecer outras categorias sociais, como raça, crença, classe social, mesmo considerando que tais categorias estão fortemente presentes na construção da subjetividade do ser humano.

Scott (1995) afirma que a categoria analítica de gênero perpassa por todos os fenômenos da sociedade, entretanto essa categoria isoladamente não possui força suficiente para romper abruptamente com o paradigma binário sexista e todas as formas de poder e submissão derivados deste paradigma. As conquistas são alcançadas lentamente e chamam a reflexão da sociedade, direcionando para estratégias políticas e fortalecendo o movimento feminista, a fim de alcançar uma igualdade não somente nas relações de gênero, mas ampliar cada vez mais para outras áreas abordando as mais diversas demandas, como raça e classe social.

O enfoque de gênero por está presente em todas as organizações sociais contribui para subsidiar a reflexão teórica e as práticas sociais das questões que compõem as necessidades do ser humano, como a saúde. É consenso entre os que trabalham e os militantes que lutam em prol da saúde que há uma necessidade de integração entre os diversos atores envolvidos no processo de garantia de políticas públicas, principalmente se tratando da saúde, pois o olhar de gênero proporciona uma intervenção mais ampla sobre os fenômenos biopsicossociais e os contextualizam nas suas diversas condições e situações de vulnerabilidades rompendo com o enfoque restrito ao risco epidemiológico. (HAMANN e COSTA, 2000)

A abordagem de gênero permite desconstruir e construir os eventos ligados a saúde-doença por realizar uma releitura das relações sociais por meio da cultura e romper com o determinismo biológico. Assim, com essa categoria analítica abre-se um leque de possibilidades de intervenção sobre o indivíduo, considerando suas especificidades e afastando a ação meramente mecânica de atendimento, ampliando o olhar sobre os fenômenos sociais que refletem diretamente na saúde, como fala Hamaenn e Costa:

A visão de gênero enriqueceu o nível de interpretação e análise de fenômenos com diferentes graus de visibilidade e repercussão relacionadas à vulnerabilidade da saúde, tais como a violência doméstica,

as questões reprodutivas e os fenômenos da inserção diferencial no mercado de trabalho. (2000, p. 20)

Assim, os autores afirmam que a perspectiva de gênero em saúde muda a abordagem da assistência biomédica, traz formas distintas e mais humanas de intervir na saúde de homens e mulheres.

De acordo com Medeiros (2000), a categoria de gênero conduz a um avanço qualitativo na discussão da equidade nas políticas públicas, principalmente na saúde. Essa equidade reivindicada exige uma atenção especial, pois não se quer apenas um tratamento padronizado e rígido, mas que haja uma flexibilidade frente às especificidades de cada identidade sexual.

O recorte de gênero torna público as questões sociais que emergem da sociedade machista, desigual, preconceituosa, discriminatória, iníqua e injusta, que ainda reflete fortemente a dominação masculina sobre as mulheres, comportamentos estes que contrariam a Constituição Federal de 88 que alega que tal sociedade deveria ser justa, livre e solidária.

A assistência a saúde ainda perpetua ações que desqualifica as mulheres baseadas em concepções de uma sociedade masculina, como por exemplo, mulheres que procuram atendimento hospitalar porque estão abortando (independente se foi provocado ou espontâneo) recebem um péssimo tratamento como punição do seu “crime” ou as pessoas que apresentam intoxicação devido ao abuso de substâncias psicoativas são menosprezadas e julgadas moralmente, especialmente se for uma mulher, entre outras coisas.

Medeiros (2000) declara também que a categoria de gênero volta-se essencialmente para as desigualdades femininas, reflexo da dominação masculina sobre as mulheres, mas ilumina ao mesmo tempo todas as desigualdades sociais, pois através da ótica de gênero, as demais desigualdades são apontadas. O estigma sobre os alcoolistas, por exemplo, apresenta-se ainda mais potencializado quando se observa a condição da mulher dependente de álcool. “No conjunto dos excluídos sempre há o elemento feminino, no qual a exclusão se mostra mais perversa” (p. 301).

Essa exclusão em vários graus e de diversas formas reflete diretamente nas condições de saúde da mulher, pois devido a essa singularidade, as mulheres demandam um atendimento que considere todo o seu contexto sócio-cultural.

A contribuição do movimento feminista desempenhou um papel fundamental na luta contra as desigualdades de gênero, tornando pública e problematizando questões que há anos estão se propagando na sociedade. A categoria de gênero não apenas proporciona uma mudança de olhar na construção da identidade sexual, mas possui um movimento social organizado que luta por mudanças significativas das relações de poder.

O caminho, segundo Medeiros (2000), é que por meio da luta pela equidade no gênero, se consiga alcançar a equidade social. E mais que alcançar os direitos das mulheres, alcance-se todos os direitos, e a cidadania feminina deve ser a construção de um Estado Democrático de direitos, que sirva a uma sociedade livre, justa, solidária, rompendo assim com as situações de dominação e exclusão.

Nesse sentido, a propagação das concepções polarizantes sexistas interferem diretamente no estilo de vida das pessoas, pois a desigualdade de direitos, reflexo da dominação do sexo masculino sobre o feminino, faz com que haja uma padronização de demandas e assim, as singularidades não recebem qualquer atenção. O consumo de álcool por mulheres é uma das temáticas que não tem grande visibilidade, reflexo da trajetória sócio-histórica da abordagem do álcool na sociedade. A predominância da presença masculina nessa temática fez com que aumentasse o estigma social sobre as mulheres usuárias de álcool, pois esta ação caracteriza-se como um comportamento feminino desviante.

4.2 O consumo de álcool por mulheres: algumas considerações a partir de uma perspectiva de gênero

Diferentemente do que ocorre com relação às mulheres, o consumo de álcool entre os homens é um fato sem contestação na maioria dos países, o que sinaliza a marca das diferenças e desigualdades de gênero nesse fenômeno. O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, um estudo envolvendo as 108 maiores cidades no país, realizado em 2005, pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), a pedido da Secretaria Nacional anti-drogas (SENAD), indica que a prevalência de dependência do álcool entre o gênero masculino é de 19,5%, enquanto para o gênero feminino é de 6,9%. Os estudos apontam que, embora tais

diferenças se mantenham em termos globais, existe uma certa tendência para a sua redução, como resultado das mudanças mais gerais das relações entre homens e mulheres e das modificações ocorridas nos papéis de gênero.

Ao longo dos anos o consumo de bebidas alcoólicas se caracterizou como um hábito social de ação exclusivamente masculino e por isso resultando em efeitos negativos sobre quaisquer estudos das relações de gênero no envolvimento com as substâncias psicoativas. Então, não é de se estranhar que o interesse pela dependência química na ótica do gênero é muito recente, pois não se identificava uma demanda clara das mulheres para esse tipo de problemática. (BRASILIANO, 2005).

No entanto, mesmo a partir da década de 60, onde estudos mostram que houve uma expansão da ingestão de álcool pelas mulheres, apenas 8% dos sujeitos participantes de pesquisas sobre a dependência do álcool eram mulheres e no período entre 1984 a 1989 foram realizados 90 estudos sobre essa mesma temática, porém apenas 25 relataram diferenças entre os gêneros. (TONEATTO E COLS., 1992 *apud* HOCHGRAF e ANDRADE, 2006). Porém, a escassez de estudos relevantes que faziam um recorte de gênero propiciou uma generalização dos resultados entre usuários e usuárias e como consequência os tratamentos oferecidos foram direcionados exclusivamente nas necessidades masculinas, com nenhuma sensibilização frente às especificidades femininas. (HOCHGRAF, 1995).

Segundo Brasiliano (2005), mesmo que a essa situação vem se modificando ao longo dos anos, ainda persistem inúmeras lacunas e dúvidas em relação a diversos aspectos da dependência química da mulher. No entanto, atualmente, é consenso de que elas necessitam de tratamentos diferenciados devido às características fisiológicas, psicológicas e sociais que contextualizam o uso problemático do álcool.

De acordo com Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), a partir da segunda metade do século XX, notou-se que as mulheres começaram a procurar os centros de tratamento de dependência química, contudo os tratamentos oferecidos não contemplavam as demandas apresentadas pelas mulheres, pois eram especificidades novas e existiam grandes dificuldades de se estudar tais peculiaridades, devido a três principais fatores, como:

As mulheres não eram incluídas em trabalhos de seguimento e foram, portanto, menos estudadas; as mulheres procuram menos os serviços assistenciais; a dependência é subdiagnosticada em mulheres,

provavelmente por elas procurarem mais os serviços não especializados com queixas vagas sobre o seu estado físico. (p. 315)

As queixas de problemas físicos apresentadas pelas mulheres usuárias de bebida alcoólica são mais comuns do que nos homens, pois há uma maior vulnerabilidade fisiológica nas mulheres ao álcool. A metabolização do álcool no sexo feminino é diferente em relação ao masculino, pois as mulheres possuem uma maior quantidade de gordura corpórea, fazendo com que o álcool permaneça por mais tempo na corrente sanguínea contribuindo para que ela atinja um estado de intoxicação com quantidades menores de álcool que as necessárias para intoxicar um homem (HENNECKE e FOX, 1991). Devido a essa especificidade, os limites de consumo sugeridos pelas autoridades sanitárias são menores para as mulheres. Gira em torno de 30g enquanto que para os homens, geralmente é de 45g. (BERTOLOTE, 1999).

Ao se considerar a idade que se iniciou o consumo de álcool, nota-se que, em geral, as mulheres começam a fazer uso da bebida alcoólica tardiamente quando comparado com os homens, porém chegam ao tratamento na mesma idade, manifestando assim a dependência da substância. (HOCHGRAF & BRASILIANO, 2004). Essa problemática precoce é um sinal claro da lenta metabolização do álcool.

Estima-se que haja também a interferência de hormônios exógenos na absorção do álcool pelo organismo, pois o álcool tende a desaparecer mais vagarosamente do sangue, fazendo com que a duração dos efeitos alcoólicos perdure por mais tempo. A variação dos hormônios sexuais dentro do ciclo menstrual pode afetar igualmente a metabolização do álcool, porém não há clareza porque isso acontece. (HENNECKE e FOX, 1991).

As enfermidades derivadas do consumo abusivo de álcool, como pancreatite, cirrose, neuropatias entre outras, surgem antes e de forma mais grave nas mulheres. Isto se dá devido aos baixos níveis séricos da enzima álcool-desidrogenase (esta enzima ajuda a metabolizar o álcool ingerido, ou seja, ela reduz a passagem do etanol para o fígado) por isso, as mulheres absorvem 30% a mais do álcool consumido em relação aos homens. (HOCHGRAF e ANDRADE, 2006).

Ainda de acordo com Hochgraf (2006), as mulheres “farmacodependentes” têm uma mortalidade muito maior do que os homens “farmacodependentes”. Estudos realizados no período de 1962 e 1981 seguido até 1983, em Estocolmo, Suécia, selecionaram 3.910 homens e 962 mulheres alcoolistas a fim de analisar o índice de

mortalidade em decorrência do álcool, os resultados foram alarmantes, “os homens morrem três vezes mais e as mulheres cinco vezes mais do que seria a população geral”. (LINDENBERG e AGREN, 1988 *apud* HOCHGRAF e ANDRADE, 2006, p. 94).

Contrariamente ao que acontece entre os homens, pequenas doses de álcool já interferem na atividade sexual feminina, pois inibem a resposta fisiológica da mulher a estímulos sexuais. Níveis mais elevados de álcool no sangue podem causar um progressivo aumento de latência do orgasmo e uma diminuição considerável quanto a sua intensidade. (TEOH SK, MELLO, MENDELSON, 1994 *apud* HOCHGRAF, 1995).

Segundo Hennecke e Fox (1991) e Hochgraf (2006), a alcoolização feminina durante a gravidez provoca a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) que causa diversas problemas físicos e neurológicos nas crianças, tais como:

Baixo peso para a idade gestacional, malformações na estrutura facial (fendas palpebrais menores, ponte nasal baixo, ponte baixa e filtro ausente), defeitos no septo ventricular cardíaco, malformação das mãos e pés (especialmente sindactilia), além de retardo mental que varia de leve a moderado. (2006, p. 93).

Também é comum que crianças afetadas por essa síndrome apresentem dificuldades de aprendizagem e hiperatividades, pelo menos durante a infância, porém ainda é desconhecida a quantidade de álcool crítica que provocaria a SAF. Estima-se que uma quantidade relativamente pequena ingerida durante as primeiras semanas de gravidez aumente progressivamente as chances do desenvolvimento da SAF. Tal síndrome é considerada o terceiro grande fator mais comum que propicia o aparecimento de deficiências congênitas (o primeiro e o segundo lugar refere-se a respectivamente Síndrome de Dow e Espinha Bífida.).

O desconhecimento dessas peculiaridades fisiológicas por parte dos profissionais de saúde vem causando graves problemas à mulher, pois estudos revelam que os médicos prescrevem um número muito maior de medicamentos psicoativos a elas do que para os homens. Isso porque não se cogita a possibilidade de mulheres estarem fazendo uso problemático de álcool, assim muitas mulheres acabam sofrendo de dependência cruzada. Cerca de 30 a 50% dos atendimentos emergências em hospitais relacionados ao álcool são por problemas relacionados a interações medicamentosas. (HENNECKE E FOX, 1991).

Alguns autores resgatam o debate da influência genética para a dependência do álcool, principalmente a feminina, porém todos afirmam ainda não serem claros os dados estimados. Já os fatores ambientais, como conviver com uma pessoa dependente são importantes na contextualização da problemática. Com isso, os fatores genéticos não ganham força sem estar associado ao ambiente de convivência. Somente inserido em um determinado contexto e fazendo um levantamento do histórico familiar que se poderá identificar a quantidade de álcool que um indivíduo consome, a sua predisposição para tornar-se dependente e sua susceptibilidade para desenvolver complicações como consequência do uso do álcool. (BERTOLOTE, 1999; HOCHGRAF, 1995, BRASILIANO 2005).

No entanto, a abordagem das substâncias psicoativas, em especial a do álcool, possui múltiplos fatores que propiciam o consumo problemático, por isso que os aspectos psicológicos são categorias indispensáveis para analisar tal questão, em especial o envolvimento feminino. Segundo Bordin, Neliana e Laranjeira (2004), o que desencadeia um padrão de ingestão problemático nas mulheres, geralmente está ligado a situações psicotraumáticas, como a morte de uma pessoa querida, perda abrupta do emprego, divórcio, saídas dos filhos de casa e menopausa.

Brasiliano (2005) destaca que é muito comum as mulheres iniciarem e/ou intensificarem a ingestão da bebida alcoólica para lidarem com a insatisfação sexual, ou seja, descobre-se que após consumir álcool a relação sexual (ação concebida como obrigatória no casamento) se torna até toleráveis, criando-se, assim, uma relação de capacidade somente através da substância. O mesmo acontece quando a mulher apresenta dúvidas quanto à sua competência sexual e insere álcool a fim de mostra-se mais confiante e desinibida para a relação sexual. Edwards (1995) ressalta que essa situação não se trata apenas do ato sexual unicamente, mas de fatores mais amplos relacionados com a sexualidade.

A depressão pode levar a mulher a uma automedicação pelo álcool e geralmente, elas não apresentavam problemas de envolvimento com esta substância, mas pode inicia-se ingestão com quantidades muito altas de etanol, como forma de se punir e esquecer os problemas (EDWARDS, 1995). Há também uma interação perigosa entre depressão e consumo intensivo de álcool, pois estudos revelam que as taxas tanto de tentativas de suicídios como de suicídio completados são mais elevadas entre as

mulheres alcoolistas do que entre os homens também alcoolistas ou na população geral (HENNECKE E FOX, 1991 e HOCHGRAF, 1995).

De acordo com Edwards (1995), a alcoolização feminina tem reflexos muito mais psicossociais do que biológico, tal fato se pode evidenciar na síndrome do “ninho vazio”, que caracteriza-se pela desestrutura emocional feminina em uma fase da sua vida, quando os filhos saem de casa. Muitas vezes, os filhos são o único motivo para continuar levando um casamento problemático, e preencherem a sua vida desempenhando seu papel social de mãe. “Obviamente não é o vazio concreto, mas a sensação de vazio que é a raiz do problema” (p.115). Assim, para preencher esse vazio, começa o hábito de beber.

Hochgraf (1995) identifica duas características diferenciadas sobre o consumo do álcool entre as mulheres, dentro desse subgrupo há um recorde de idade do início do consumo, este dividi-se, então em consumo precoce e consumo tardio. Consumo precoce: as mulheres que começam a beber mais cedo (entre 20 e 30 anos de idade), o seu hábito de beber está associado às relações sociais, pois bebem com mais frequência em público, têm histórico familiar de alcoolização, são ainda mais estigmatizadas, tentam mais frequentemente o suicídio. Já o consumo tardio refere-se a mulheres de meia-idade, está relacionado com frustrações pessoais, mais frequente em donas de casa associado à síndrome do “ninho vazio” (p. 18), geralmente elas bebem sozinhas e escondidas.

Conforme Brasiliano (2005) em geral, as mulheres alcoolistas, possuem companheiros que também são alcoolistas, e estes introduzem e reforçam o uso da mulher desempenhando um papel importante para a manutenção do comportamento, por isso, é comum que eles se oponham ativamente ao tratamento. O inverso não acontece, homens dependentes relatam ter problemas com as esposas devido ao uso de substâncias psicoativas e afirma que elas são as maiores incentivadoras para o seu tratamento.

Outro dado importante são as co-morbidades (“*qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença índice esteja sob estudo*”, Feinstein, 1970 *apud* Petribú, 2001, p. 17) que apresentam-se mais frequentemente em mulheres alcoolistas, 65% mulheres vs. 44% homens. Pesquisas comprovam que mulheres alcoolistas têm uma probabilidade

quatro vezes maior de desenvolverem sintomas depressivos que os homens alcoolistas. Além disso, estudos revelam que há uma associação entre abuso de álcool e outras drogas com os transtornos alimentares nas mulheres. (BERTOLOTE, 1999; HOCHGRAF, 1995 e 2006; BRASILIANO 2005).

Mas, essas peculiaridades apresentadas pelo consumo de álcool das mulheres sofrem interferência direta do contexto sociocultural. Pelo ponto de vista do comportamento social, o consumo de álcool pelos homens, como corpos públicos, é visto, basicamente, como uma naturalização do social, isso propicia um afastamento das mulheres dessa categoria por haver uma dupla moralidade implícita na prática do consumo de álcool. (CESAR, 2006). Nessa divisão de papéis sociais, cada gênero deve comportar-se de acordo com o que foi imposto ao seu subgrupo, quando essa ação padronizada se rompe de alguma maneira, tem-se um comportamento desviante que resulta no estigma, como, por exemplo, a alcoolização feminina.

A dependência química feminina perpassa por diversos mitos geradores de preconceitos, Brasiliano e Hochgraf (2004) abordam os diversos estereótipos reproduzidos ao longo dos anos, tais como personalidade altamente agressiva, tendência a promiscuidade, mau desempenho do papel de esposa e mãe, falha moral, entre outras coisas associados às mulheres. Raramente o homem sofre por julgamentos tão intensos.

Segundo Acioli (1999) o costume de fazer uso de bebida alcoólica torna-se um hábito social, ultrapassando, portanto, os fatores puramente fisiológicos, e ganhando um significado de “fenômeno físico-moral”. As respostas patológicas em decorrência do uso abusivo do álcool andam em paralelo com muitos valores morais. Para as mulheres, esses dois aspectos, físico e moral, ganham ainda mais destaque, pois elas apresentam “um metabolismo menos tolerante ao álcool e a existência de tabus sociais”(ACIOLI, 1999, p. 69) associados a estruturação social dicotômica e moralista de gênero.

Edwards (1995) aponta para as antigas concepções a cerca da alcoolização feminina tida até por profissionais da saúde.

As evidências de que a mulher era estatisticamente incomum eram interpretadas de acordo com a crença de que apenas personalidades incomuns romperiam as barreiras sociais em relação à ingestão excessiva e se tornariam alcoolista. (p. 110).

Esse comportamento é tido como desviante, como argumenta Velho (1985), como resultado do rompimento dos padrões da divisão sexual, pois a alcoolização,

caracterizada como problemática masculina, passa a adentrar progressivamente o universo feminino, resultando em uma dupla estigmatização (o uso problemático do álcool associado à fraqueza moral e a mulher exercendo comportamentos tipicamente masculinos).

A alcoolização masculina é mais tolerada e em alguns momentos da vida, são até encorajadas, como o primeiro “porre” de um garoto em uma festa tal, porém essa mesma situação com uma menina é inconcebível, pois ela passa a ser julgada moralmente, como promíscua, “fácil”.

Segundo Vargas (2002) em sua tese de mestrado, há categorias semelhantes na vida de mulheres alcoolistas, em sua pesquisa foram elencadas três peculiaridades: a forte presença da violência dentro e fora das relações familiares, trabalho e estudo que aparecem como dificuldades para conciliar com o estilo de vida e ao mesmo tempo como estratégias de prevenção e a trajetória do uso do álcool na vida. Dentre essas categorias nota-se a forte presença das expressões do estigma vividas por essas mulheres e que reflete diretamente na busca e no desenvolver do tratamento.

De acordo com Nóbrega e Oliveira (2005) as mulheres alcoolistas ao fazerem tratamento não querem que outras pessoas saibam ou as acompanhem, mesmo sendo membros da família, por sentirem-se envergonhadas e receosas de fracassarem diante de alguém que depositou suas expectativas. “O estigma duplo [...] apresenta um obstáculo maior à recuperação” (HENNECKE E FOX, 1991, p. 231).

O contexto familiar para a mulher alcoolista pode ser um ambiente de proteção e cuidado, como também pode significar um espaço de risco, disseminador e intensificador de estereótipos sociais de estigma. A família, geralmente, deposita uma pressão muito grande sobre a mulher, cobrando valores e comportamentos, atribuindo julgamentos perversos sobre o seu comportamento. (SILVA, 2001)

Em relação ao tratamento, vários autores afirmam que alguns mitos foram criados a partir dos estereótipos da situação de abuso ou dependência de álcool pela mulher, tais como: baixa adesão ao tratamento, pior prognóstico e evolução em relação aos homens. Essas afirmações foram rebatidas por estudos bem fundamentados, tais inferências são resquícios da carência de informações de inúmeros aspectos da dependência feminina e generalização de abordagens masculinas.

Oliveira, Paiva e Valente (2006) sugerem aos profissionais de saúde que atentem-se às especificidades de gênero não pelas condições biológicas, mas sobretudo sociocultural. Diversos autores destacam a importância de se criar atendimentos específicos para mulheres, em especial a mulheres dependentes químicas, rompendo com os procedimentos antiquados que não contemplam suas singularidades. (BRASILIANO, 2005, 1999; HOCHGRAF, 1999, 1995, 2006; BERTOLOTE, 1999; HENNECKE E FOX, 1991; EDWARDS, 1995; VARGAS, 2002).

Porém, há um árduo caminho que não depende unicamente da saúde, mas exige uma mudança em todos os campos da sociedade, pois observando a estrutura social brasileira vertical, autoritária, machista e conservadora, ficam os papéis de gênero, muitas vezes, solidificados em funções e locais aparentemente indissolúveis.

Capítulo V. AS EXPRESSÕES DO ESTIGMA DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL POR MULHERES

Estimativas de consumo de álcool entre homens e mulheres variam de acordo com o tempo e com a população demográfica. No entanto pesquisas indicam que a prevalência de mulheres alcoólicas é menor em comparação aos homens alcoólicas. Esse dado pode ser justificado pela naturalização histórica do uso de álcool pelos homens e o tipo de pressão sociocultural que recai usualmente sobre as mulheres. Com isso o estigma socialmente imputado às mulheres que consomem álcool assume matizes diferenciadas. Mesmo considerando o preconceito geralmente existente em relação a qualquer dependência de substância psicoativa, as expressões do estigma recaem mais fortemente sobre as mulheres. (HOCHGRAF, 1995; BRASILIANO, 2005; NOBREGA e OLIVEIRA, 2003; CESAR, 2006).

Nesse sentido, os papéis sociais atribuídos a cada gênero, exigem determinados padrões comportamentais, contudo, a responsabilização atribuída à mulher, em geral é mais rígida, pois o gênero feminino tem uma trajetória sócio-histórica de submissão ao homem e a sua imagem, no mundo ocidental, está permeada de estereótipos moralistas que definem características comportamentais ideais à mulher. A partir disso, ao se romper com os comportamentos padronizados de gênero cria-se um estigma desencadeado pelo estranhamento do meio social que reage contra essa ação desviante.

As mulheres entrevistadas na pesquisa identificaram, em vários momentos e em diversas situações vividas, expressões do estigma decorrente do uso do álcool. Dentre as situações apontadas nas entrevistas como mais significativas e frequentes, no processo de estigmatização experimentado pelas mulheres que consomem álcool, se destacam: contexto de iniciação do uso do álcool, a violência, a relação com a família, a relação de amigos e vizinhos, no ambiente de trabalho e as repercussões do estigma de alcoólicas na identidade das mulheres.

5.1 O uso do álcool

De acordo com Edwards (1999), geralmente o início e/ou a intensificação do uso do álcool pelas mulheres está ligado diretamente a eventos significativos configurados

por crises com o intuito de aliviar as angustias e as dificuldades pessoais, como confirma nas narrativas a seguir:

Eu descobri que ele (marido) tinha me traído com a minha irmã, e ela teve uma filha dele, ele me traiu dentro da minha casa, aí eu larguei ele, aí eu fiquei desgostosa, não quis mais nada com ele [...] aí eu fiquei desgostosa, comecei a beber muito, cerveja, essas coisas, e depois eu bebia pinga com refrigerante. (entrevistada 02).

Teve um dia que eu fiquei mal, quando eu há muitos anos atrás, eu mais a minha mãe discutiu. Ela pegou a minha filha e aí levou a minha filha pra Minas, aí eu bebi muito, tomei a bebida e tomei remédio pra morrer. (entrevistada 01).

Eu num tinha coragem de ir pra minha casa. Eu chegava na minha casa, era um buraco. Eu ia pro buteco beber. Era solidão demais. (entrevista 03).

Brasiliano (2005) afirma que a comorbidade que geralmente desencadeia o uso problemático do álcool pelas mulheres são os transtornos depressivos e ansiosos, como pode-se perceber na fala da entrevistada.

Teve um momento da minha vida que eu bebia direto. Poxa, eu já tava depressiva, né! Separação, de mandar meu filho embora, de meu neto sair de dentro de casa, que eu num podia criar, e eu sozinha trabalhava ali, né! Pagava tudo... (entrevistada 03)

O consumo problemático ou a dependência do álcool refere-se à relação que a pessoa estabelece com a substância. O álcool passa a desempenhar um papel importante na vida da mulher que o consome, como um anestésico que resolve momentaneamente qualquer problema.

O álcool era um alívio, um anestésico, melhorava tudo naquele momento. (entrevistada 05)

Eu não bebia direto, era só na hora da raiva que os meninos me faziam raiva, né! Que eu aí lá butava um pouco com refrigerante e bebia. Era a única coisa que me tirava de si, acalmava a minha cabeça. (entrevistada 02).

Das cinco entrevistas realizadas, três afirmam que fazem uso da bebida alcoólica somente em casa, uma afirmou que intercalava, dependendo se tivesse alguém em casa ou não, e a outra declarou que só bebia fora de casa, no bar. A literatura mostra que grande percentagem das mulheres que consomem etanol o faz privadamente, mas isso não quer dizer que não haja mulheres bebendo publicamente. Ainda que a pouca

representatividade da amostra da pesquisa não permita generalizações, o beber “escondido”, característica peculiar da alcoolização feminina, também se fez presente. (CESAR, 2006).

Eu não chamo atenção, nem faço bagunça na rua, eu só bebo em casa, eu não bebo na rua, em bar, em festas. Se eu for em uma festa, pode rolar cerveja, uísque, o que for, eu não bebo, mas em casa. Eu compro e levo pra casa. (entrevistada 05)

Eu tomava uma cervejinha, uma coisinha, né! mas sem ir pra bar, sem ir pra lugar nenhum, sempre eu tinha minha bebida escondida, garrafada, cê sabe, né!, era só garrafada, eu fazia e tomava sozinha em casa, sem ninguém perceber. (entrevista 02)

Cesar (2006) afirma que essa peculiaridade dá-se a partir da preservação da auto-imagem, relacionada ao estigma social sobre as mulheres alcoolistas, pois há cobranças diante de papéis a cumprir de mãe, esposa que exigem comportamentos mais rígidos, remetendo a uma moralidade. Quando há uma quebra no comportamento social que destoa com as características típicas de um determinado gênero, cria-se um comportamento desviante, assim, a repressão social sobre este indivíduo provoca um sentimento de culpa e de vergonha, podendo ter como consequência um “beber escondido”.

Quando eu via que tava já meio alta, eu num ai pra canto nenhum, eu tomava cerveja em casa, ai dali eu deitava no sofá ou eu ia direto pra cama, ai eu dormia, então eu num era de brigar, desse negocio de chamar atenção. (entrevistada 01)

Nóbrega (2003), outra estudiosa do tema, aponta que a maioria das mulheres que procuram tratamento, geralmente comparecem sozinhas ao serviço especializado em dependência química e que evitam falar sobre o problema para outras pessoas, até mesmo para os membros da família, pois o julgamento social sobre essas mulheres é muito arbitrário. Isso evidencia-se na fala das entrevistadas, ao serem questionadas se elas falavam para outras pessoas (parentes, amigos, vizinhos) que apresentavam problemas com o uso do álcool e que faziam tratamento para manter-se em abstinência da substância, todas afirmaram que não falavam.

Eu tenho vergonha, igual um dia, eu tava saindo lá do SEAD, ai simplesmente, eu encontro com uma pessoa conhecida, ai meu Deus, caraca e agora? Deu vontade de morrer ou se não fazer igual aquele bichinho que esconde a cabeça no chão. Eu fico super envergonhada, ai eu disfarcei e sai por outro lado devagarzinho. (entrevistada 05)

Eu falo só pra minhas filhas e pra alguns dos filhos do velho, meu ex-marido, tem 7, eles sabem, tem um mais doidinho que quer vir mais eu, mas eu é que não quero, não gosto. Mas grande parte das vezes eu evito falar, principalmente para os meus irmãos, eu não falo que eu bebo, pra não me expor, porque se não eles ficam falando mal direto, eu não falo. (entrevistada 02).

As expressões do estigma podem propiciar muito mais danos às usuárias de álcool do que propriamente o uso da substância em si. Acioli (1999) argumenta que os fatores que envolvem o consumo do álcool, ultrapassam as questões puramente fisiológicas e ganham significados sociais. Tais significados são permeados de tabus sociais que refletem as concepções da sociedade sobre os papéis de gênero e gera uma intensa penalização sobre a desviante.

5.2 A expressão do estigma na relação familiar

Diversos estudos sobre a família destacam as mudanças nas características de sua composição e estruturação, nas formas de organização e nas dinâmicas cotidianas que produzem novas maneiras de interação nas relações de gênero. Uma síntese das análises de Araujo e Scalon (2005) aponta que a família tem funcionado como um importante espaço de interação afetiva, onde o desenvolvimento de práticas de socialização primária e expressões de afeto se realizam via relações entre pais e filhos e entre parceiros conjugais.

Portanto, compreende-se o contexto familiar como o lugar onde as experiências são construídas, transformadas ou repetidas, e por isso, é o núcleo onde os estereótipos sociais podem se propagar mais intensamente, reforçando preconceitos, crenças moralistas e culpabilizações sobre o problema. Muitas vezes, o estigma social sobre as mulheres intensifica-se ainda mais dentro do seio familiar, pois como assinalado por diversos autores, a peculiaridade da alcoolização feminina está no consumo privado, no âmbito doméstico, espaço este próprio das relações intrafamiliares. (SILVA, 2001)

A minha mãe fala mal de mim pra todo mundo da família, ela diz que quando entra bebida, a pessoa não tem responsabilidade, não presta, não tem dignidade e mete o pau (entrevistada 01)

Os meus irmãos ficam falando coisas que eu não gosto, ficam falando mal de mim, me trata mal, fica me julgando como se eu não prestasse,

como se eu bebesse por querer, não entendem que isso é uma doença, eu não tenho controle total disso, aí eu sofro porque eu quero para, mas não consigo. (entrevistada 05)

De acordo com Goffman (1988) um indivíduo é considerado “normal” dentro de um determina grupo até o momento em que sua “anormalidade” (alguma característica que demonstre fraqueza, vício, doença) não se torna pública, porém quando essa característica passa a ser conhecida pelo grupo, este indivíduo passa a ser algo indesejável, digno de repulsa e/ou pena. Essa estigmatização pode ser identificada na fala das entrevistadas.

Agora todo mundo na minha família sabe que eu bebo, né! mas quando foi descoberto, todo mundo ficou assim, estranho comigo, de cara virada. (entrevistada 01)

Quando eu chegava e eles (filhos) notavam que eu tava alcoolizada, eles evitavam conversar comigo, faziam cara feia. [...] eu sei que os meus meninos afastaram de mim, sabe? Eles afastou muito de mim nessa época. (entrevistada 03)

Constata-se tanto na experiência de estágio como na pesquisa bibliográfica sobre o assunto que na maioria das vezes, as mulheres alcoolistas não recebem apoio do companheiro e de familiares. O SEAD oferece tanto tratamento para pessoas dependentes de substâncias psicoativas quanto para os familiares, porém nota-se que grande parte dos familiares que freqüentam o Serviço são esposas, mães e irmãs de pacientes do sexo masculino. Entende-se que o suporte familiar é primordial para a reorganização da vida de pessoas que apresentam problemas nesta área, pois o envolvimento nocivo de drogas é um sintoma de que algo não está bem. As usuárias de álcool declaram que gostariam de poder contar com o suporte familiar, pois seria mais fácil manter-se em tratamento e assim cuidar de sua saúde e da forma de uso da substância.

Eu gostaria que a minha família participasse também do tratamento, [...] pra acompanhar, pra falar, quando eu sinto o meu nervoso, as minhas coisas, eles deveriam participar. (entrevistada 02)

[...] eles não participam do tratamento, a assistente social já falou pra ir, a Estagiária de psicologia já falou [...] Eu fico muito chateada, que eu vejo lá algumas pessoas indo acompanhada com seus maridos, irmãs, esposas, mãe, ninguém nunca foi comigo, só quem foi uma vez foi o meu irmão, mas ele não tem muita coisa, porque ele tem problema na cabeça, ele é doente mental, eu me sinto um pouco sozinha, sabe? Eu não tenho mãe, nem pai, eles faleceram, sou solteira

e nem tenho filho, só tenho os meus irmãos. Ai eu me sinto muito sozinha no meu tratamento. Acredito que a participação familiar me daria mais força. (entrevistada 05)

Há eu gostaria que eles participassem, mas sempre quando eu preciso deles assim pra i fazer um exame pra eles ir comigo, eles fala assim: 'há mãe num posso tenho que trabalhar!' então eu acho que eles num liga não. Tanto faz como tanto fez. (entrevistada 03)

Em outra fala, percebe-se claramente a cobrança e o julgamento por parte dos familiares sobre o comportamento da entrevistada em relação à bebida alcoólica, no entanto não demonstram uma preocupação real, com seus sentimentos, dificuldades e em geral com seu modo de vida.

Tudo eu era sempre a errada, toda a vida você vai ser sempre a errada. Tudo a culpa é a da bebida, mas nunca ninguém perguntou por que é que você bebia?, o quê que é?. Porque sempre que a gente bebe ou um motivo de alegria ou um motivo de tristeza, alguma coisa tem, o quê que acontece, nunca ninguém queria saber, só me condenava. (entrevistada 01).

Na perspectiva de Gilberto Velho (1985) a condição do desviante está diretamente ligada às relações sociais estabelecidas e a mudança dessa condição não é unicamente responsabilização do indivíduo. A pessoa estigmatizada pode tentar corrigir o seu “defeito”, como por exemplo, uma pessoa alcoolista iniciar tratamento e mudar sua relação com o álcool, no entanto, essa iniciativa não retira completamente a característica de estigmatizado.

Até hoje, quando eu passo, assim, quando eu saio às vezes eu sinto que a minha mãe fica com medo de eu voltar bêbada, sabe? o meu filho também fica com medo. (entrevista 04)

Nota-se que as expressões do estigma pela própria família podem proporcionar um maior desequilíbrio emocional e intensificar a sensação de solidão. Também podem desencadear um sentimento de insegurança e de incapacidade.

5.3 A expressão do estigma na relação com os vizinhos e amigos

Apesar das mudanças socioculturais, os antigos mitos e as imagens sobre o consumo nocivo do álcool ainda estão presente na sociedade. Mota (2007) explica que há um predomínio das representações estereotipadas do usuário de substâncias

psicoativas ligadas principalmente a avaliações morais, indicando fraqueza e desvio moral, caracterizando, portanto o estigma. Considera que sobre as mulheres alcoolistas tais avaliações recaem com mais intensidade. Algumas imagens permeadas de juízo de valor se apresentam na relação com os vizinhos e amigos de algumas entrevistadas.

Alguns vizinhos olham com aquele olhar assim: olha ela bebe porque quer, safadeza, entendeu? Não entendem que um problema e fazem um julgamento maldoso, tanto é que eu tô tentando resgatar a minha moral que ta no fundo ainda, é difícil, é difícil, todo dia é uma reconstrução de novo, entendeu?! (entrevistada 04)

Esse povo (vizinhos) é gente falsa demais, que conversa de mais, entendeu? É gente que, cada um tem o seu problema, tem lá gente que fuma maconha, tem gente que fuma droga e bebe e eles tampa o sol com a peneira e quer cuidar da vida dos outros. (entrevistada 01)

A maioria das entrevistadas informou que não estabelecem um vínculo de amizade com seus vizinhos para que eles não se envolvam em suas vidas e as exponham ainda mais.

Eu não me meto nesse negocio de fofocagem, essas coisas de falar mal eu não gosto que falem da minha vida, não quero que ninguém saiba de mim e eu não quero saber de nada, da vida dos outros, só quero saber da minha. (entrevistadas 02)

Alguns vizinhos eu cumprimento só bom dia, boa tarde, boa noite, mas ninguém é de freqüentar a minha casa não e nem eu a dos outros. (entrevista 01)

A dicotomia entre “normais” e estigmatizados, é vista como resultado de procedimentos sociais oriundos da necessidade de se estabelecer regras e classificar coisas e pessoas. Segundo Velho (1985) o modelo comportamental criado socioculturalmente, como uma ação primordial para dar continuidade à vivência em sociedade, permanece firme e as ações plurais tem limites claramente marcados. Nesse caso, um indivíduo que quebra as regras sociais de comportamento caracteriza-se como um desviante, resultando assim na separação e delimitação de cada categoria. A partir disso, considera-se que o consumo do álcool está dividido socialmente entre o tolerável e o intolerável, marcado por uma linha tênue. Uma das entrevistadas fala sobre a relação com suas amigas e o comportamento delas frente ao seu problema de consumo do álcool.

Minhas colegas quando tá no bar bebendo, algumas conhecidas minhas, eu passo falo oi e elas fingem que não me vê, pensando que eu vou entrar para sentar com elas, ai começar a beber de novo, então é muito complicado, só porque eu entro no bar não quer dizer que eu vá beber, me descontrolar. É difícil, é difícil! (entrevistada 04)

5.4 A expressão de estigma no ambiente de trabalho

O ambiente de trabalho refere-se a um importante espaço de interação social, é permeado de regras comportamentais e tem um grande significado na sociedade. Tanto é que Goffman (1988) menciona a situação de desemprego como uma característica geradora de estigma. Todas as mulheres entrevistadas falaram que não comentam sobre o uso do álcool no ambiente trabalho e muito menos sobre o tratamento. Importante destacar que na declaração de comparecimento fornecida pelo SEAD não é escrito nada referente ao tipo de consulta realizada ou o nome do serviço para não causar maiores constrangimentos à paciente.

A maioria dos meus colegas de trabalho e o meu chefe não sabe, pouco gente sabe, só algumas colegas que trabalham comigo, eu prefiro não falar, as vezes eles me perguntam porque que eu estou tremendo as mãos, ai eu falo que eu tenho problema de nervo ou alguma coisa assim, mas eu não falo que sou alcoólatra que faço tratamento de alcoolismo. (entrevistada 04)

Lá no serviço eu não comento muito daqui (SEAD) não, falo que entrei em um tratamento, não falo sobre o álcool, só falo que tenho uma consulta com a psicóloga, psiquiatra, clínico. Acompanhamento regular mesmo. (entrevistada 03)

Quando eu trabalhava, eu não comentava com ninguém que eu bebia, nunca falava é só faltava por causas das dores de barriga, dos desmaios. (entrevistada 02).

As participantes da pesquisa também associam o consumo do álcool como um fator que prejudicou muito no desempenho do trabalho e contam que as pessoas percebiam alguns sinais de alcoolização.

O álcool afetou no meu trabalho, principalmente no finalzinho, porque eu cheguei, e ai eu cai, né! ai simplesmente eu bati com a boca ai eu cheguei com isso daqui (região da boca) tudo machucado e inchado, né! E também alguém deve ter notado [...]. (entrevistada 05)

Lá no meu trabalho era complicado porque eu vivia internada, doente, dava dor no peito, direto, não podia subir escada, ai eu desmaiei e

mandaram me encostar pelo INSS, tinha alguns buchichos, mas nunca ninguém chegou pra mim e me falou. (entrevistada 04)

No depoimento de um das participantes, a abordagem do uso do álcool no ambiente de trabalho é algo extremamente difícil, declara ter sido um dos piores momentos da sua vida quando o seu chefe a chamou para conversar sobre o seu problema, afirmando ainda que todos os seus colegas de trabalho haviam notado, algo que ela tentava esconder a todo custo.

[...] quando ela (vice diretora) falou que estava sabendo que eu não tava legal por causa da bebida e ainda pegou e falou assim ‘os teus colegas todos estão falando’ o mundo desabou, queria morrer, aí quando ela me perguntou se eu queria fazer um tratamento, aí eu falei eu quero né, perder o emprego é que eu não posso! [...] (entrevistada 05)

Observa-se nos relatos que o constrangimento sentido em função do uso nocivo do álcool, mostra-se mais intenso no ambiente de trabalho, pois remete a uma imagem de irresponsabilidade, incapacidade e insegurança em perder o seu meio de sustento. As participantes afirmaram que o comportamento das pessoas no trabalho muda completamente depois que é descoberto o problema.

Em um dia você é uma boa funcionária como todas as outras, no outro dia você já não é capaz de assumir nenhuma função. (entrevistada 04)

5.5 A violência como expressão do estigma

O uso de álcool deixa qualquer pessoa muito vulnerável a violências, especialmente no caso da mulher que apresenta menor capacidade de autoproteção, aumentando a vulnerabilidade e o potencial para a violência. Para Brasiliano (2006) a maioria das mulheres dependentes químicas provêm de famílias com alto nível de violência como também são vítimas de violência doméstica. Durante as entrevistas, a situação de violências esteve presente em diversos contextos, conforme pode ser constatado nessa primeira fala e reconhecido como o elemento de sua história de vida que provavelmente desencadeou o início do consumo de álcool.

Olha eu fui abusada né! aí depois que eu fui abusada, aí sei lá, eu não tive ajuda, não queria saber de mais nada. (entrevistada 05)

Outras participantes contam sobre a violência doméstica que sofriam relacionando ao uso do álcool por seus parceiros.

Eu sofri muito, até apanhar de facão eu apanhei [...] quando eu chegava ele tava escondido com um facão desse tamanho pra me matar e me batia com o lado sem ser o de cortar, sabe? ai ele deu uma lapada aqui em mim (região das costas) sabe?, na maioria das vezes bebo. (entrevistada 02)

Eu fui casada uma vez. Vivi onze anos com esse homem e ele me esfaqueou, me batia [...] rasgava a minha ropa. [...] Casei, o cara me judio, me estupro, ele bebia muito. (entrevistada 03)

Vários autores afirmam que as mulheres alcoolistas, na maioria das vezes, têm companheiros também alcoolistas e que estes introduzem e reforçam o uso do álcool para a mulher. Essa ação é marcada por um alto grau de violência, como observa-se na fala a seguir.

Eu não bebia, eu tinha pavor de bebida. Por isso mesmo que no meu primeiro casamento, o homem fez eu beber, ixi! Ele fazia eu beber, daí ele jogava assim na minha boca, puxava meu cabelo, com aquele facãozinho assim, sabe? na minha frente [...] (entrevistada 03)

No caso do uso do álcool, a violência aparece como expressão de repúdio e impaciência de familiares e amigos, refletindo os estereótipos ligados à alcoolização.

Deixa eu ver se da pra te mostrar, aqui (mostrou o antebraço com uma marca roxa) tá bem melhor já estava muito inflamado. Isso daqui foi agora, né! da outra vez foi uns oito meses depois que eu voltei da fazenda (comunidade terapêutica), foi a minha irmã lá do Plano [...] Teve uma época que essa minha irmã me bateu muito e eu ainda trabalhava, né! eu cheguei toda roxa no trabalho. (entrevistada 05)

já apanhei na cara de tapas de namorados, de amigos, tipo ‘acorda!’, entendeu? Eu perturbava, me dava um tapa dizendo ‘hã vai dormir você ta uma bêbada muito chata, já apanhei da minha mãe também, bêbada, já apanhei muito. (entrevistada 04)

Goffman (1988) argumenta que o relacionamento ente “normais” e estigmatizados é conflituoso, pois o indivíduo considerado normal acredita que tem mais direitos e mostra-se superior em relação ao outro. Neste sentido as regras e os procedimentos sociais executados no cotidiano não se aplicam na relação entre essas duas categorias devido a condição inferior que o estigmatizado apresenta, justificando assim o tratamento desigual, violento e excludente dirigido a ele.

5.6 O estigma de alcoolista e as repercussões sobre a identidade da mulher

Os depoimentos revelam que a imagem social da mulher fica deteriorada após o uso do álcool. Apesar das transformações socioculturais, o estereótipo feminino ainda está baseado em regras comportamentais muito rígidas em relação à postura masculina. Uma participante faz uma comparação entre o tratamento social oferecido ao homem que consome bebida alcoólica e a mulher que também faz uso.

Quando a mulher bebe, afeta muito a imagem dela de mãe, mulher, esposa. Já o homem pode ficar o dia todo no bar, entendeu, jogando sinuca, bebendo, e ali as pessoas olham isso normal, no momento ele não está pedindo nada, que ele consegue trabalhar, ele está se divertindo, depois que ele passa a não conseguir trabalhar mais, ai ele vira um mendigo, um pedinte, se não tiver família, coitado dele, vai ficar pedindo um pouquinho ali, um pouquinho aqui, pra alguém pagar um pouquinho de cachaça. E a mulher não, automaticamente na hora que ela entra num bar, as pessoas já olham o jeito que ela está vestida, o jeito da maquiagem, entendeu? as outras mulheres que não freqüentam o bar já falam olha lá aquela piranha, ela pode estar sentada sozinha na mesa bebendo a cerveja dela, mas ela é considerada uma piranha, uma sem vergonha e não vale nada, ai se meu marido passar perto dela, é desse jeito, então só de você entrar em um bar, sentar pra beber uma cerveja, você já acaba com a sua moral. (entrevista 04)

Aquele que é estigmatizado em um determinado aspecto exhibe também os seus preconceitos “normais” frente a outros estigmatizados. (GOFFMAN, 1988). Assim, duas participantes falam sobre a alcoolização feminina.

A gente vê as mulheres bebendo na feira, eu acho muito feio, você olha assim e pensa será que eu era assim, mas não era tanto, meu rosto tá normal, só tenho alguns problemas de saúde. (entrevistada 02)

Às vezes eu mais a Patrícia (filha) vai junta pra parada, ai tem dois bar na frente, ai às vezes fica cheio de mulher tudo bêbada, ai eu falo pra Patrícia: ô Patrícia a mãe já bebeu muito, muito mesmo, mas nunca de amanhecer em bar. Nunca deixei os meus filhos em casa sozinho. (entrevista 03)

Nota-se que mesmo essas mulheres sendo vítimas de julgamentos sociais, elas não se identificam com as situações de alcoolização semelhantes e ainda reproduzem discursos preconceituosos. Isso pode ser interpretado como um sinal claro das concepções sociais enraizadas na população. Por isso considera-se que uma das peculiaridades do consumo de álcool pelas mulheres é o “beber escondido” (a solução

para não se expor) elas não apenas sabem dessas concepções moralistas como também reproduzem essas idéias.

O homem entra em qualquer lugar, é igual cachorro achou a porta da igreja aberta ele entra, não tem problema. Mas a mulher é feio, quando ela passa perto dos homens e pede 'dá uma dose aí', é feio, é por isso que eu bebia em casa e não ia pra rua, ia no mercado, comprava, mas não ia no bar. (entrevistada 04)

No entanto, a participante acrescenta ainda esse tratamento diferenciado abala a auto-imagem.

[...] as pessoas tem um olhar diferente, né! as pessoas olham e dizem: 'nossa que mulher horrível, bebendo olha só que coisa, não vale nada', a gente escuta né, mesmo que não seja com a gente, mas incomoda. (entrevistada 02)

É interessante destacar que todas as participantes da pesquisa afirmaram que as múltiplas expressões do estigma social prejudicam no tratamento e interferem na saúde da mulher alcoolista e que é indispensável um espaço que respeite a singularidade de cada um.

Eu frequentei o AA por algumas vezes, mas eu faltava muito, não me sentia a bem, é uma sala cheia de homem. (entrevistada 04)

Antes de ir pra internação a gente precisa frequentar quatro reuniões seguidas, ai foi muito difícil pra mim participar dessas reuniões porque eram 50 homens e só eu de mulher, teve um dia que eu fui e cheguei caindo pra ter coragem de enfrentar [...] (entrevistada 05).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa tem como objetivo evidenciar as diversas formas de expressão do estigma sobre mulheres que fazem uso do álcool e que se encontram em tratamento no SEAD /HUB. A partir disso, afirmou-se que – como hipótese inicial – as expressões do estigma proporcionam uma maior vulnerabilidade às mulheres em situação de abuso ou dependência do álcool, dificultando, assim a busca por tratamento, devido a uma intensa censura social.

Foi constatado que as concepções estigmatizantes e preconceituosas sobre as mulheres alcoolistas estão associadas às concepções específicas sobre o feminino e o masculino e as relações de gênero históricas e socialmente determinadas têm implicações não só no modo como o uso do álcool é feito, mas também afeta diretamente todos os aspectos da vida das mulheres. Observou-se que tais concepções proporcionam uma auto deterioração da imagem desencadeando uma baixa auto-estima, sentimentos de culpa e incapacidade.

Os dados mostraram que mesmo com as constantes transformações socioculturais, a mulher ainda encontra-se submetida a rígidas regras comportamentais referente aos papéis atribuídos socialmente ao gênero. Neste sentido, o comportamento de homens e mulheres alcoolistas mostra-se diferenciado, enquanto que para o homem o uso de álcool é visto como uma ação normal, para a mulher caracteriza-se como uma ação desviante, pois não condiz com a postura considerada feminina socialmente.

Esse comportamento desviante pode levar a uma repressão sobre as mulheres que fazem uso de álcool, gerando, na maioria das vezes, um consumo escondido. Isso não quer dizer que as mulheres alcoolistas não bebem em público, mas que essa ação representa uma particularidade do beber feminino.

A pesquisa realizada evidenciou diversas formas de estigma presente na vida das mulheres alcoolistas. Foi possível identificar que a mulher apresenta uma carência muito grande de suporte familiar e de amigos. Geralmente, a família é a principal disseminadora de preconceitos sociais, reforçando o discurso estigmatizante que relaciona o uso do álcool com a falta de caráter, fraqueza moral, promiscuidade, entre outras. Essa falta de apoio familiar é bem percebida durante o percurso do tratamento da mulher.

Em outros espaços como no trabalho, as expressões do estigma é fortemente marcada depois que o problema passa a ser conhecido. A violência também se mostra presente nas relações de poder entre “normais” e estigmatizadas.

O fato de o estudo ter uma população pequena de mulheres participante não retira a relevância do achado de pesquisa. Estes dados instigam a busca de novas estratégias para a abordagem da mulher usuária de bebida alcoólica, pois ultrapassa a abordagem meramente biomédica, se apresentando em um campo complexo multifatorial.

Fica claro no discurso das participantes da pesquisa que é fundamental um espaço de tratamento que olhe para as singularidades da mulher usuária de álcool, rompendo assim, com os modelos únicos e cristalizados nas demandas masculinas. É importante destacar que é preciso que haja uma maior conscientização dos profissionais da saúde sobre a relevância do problema e romper com mitos e imagens estigmatizantes.

Destaca-se também que as padronizações dos papéis sexuais atribuídos aos gêneros, muitas vezes, podem desencadear grandes problemas, como é o caso do consumo do álcool. Os julgamentos moralistas remetidos as mulheres são reflexos de que a sociedade ainda perpetua concepções tipicamente machistas, disseminando a lógica binarista do sexo que reflete claramente a subordinação do gênero feminino em função ao masculino.

Segundo pesquisas realizadas no âmbito nacional e internacional, como já foi falado, o índice de mulheres que fazem uso nocivo ou sofre com a síndrome de dependência do álcool está aumentando. Por isso, considera-se indispensável a formulação de novas políticas públicas que se atente ao universo feminino, divulgando e esclarecendo a problemática para a população em geral a fim de que se alcance um tratamento social mais humanizado. Nesse sentido, a categoria de gênero conduz um avanço qualitativo na discussão de equidade nas políticas públicas, pois não se quer apenas um tratamento padronizado e rígido, mas sim uma flexibilidade frente as singularidade do ser humano.

Devido à complexidade e a grandiosidade da temática, aponta-se aqui algumas outras proposta de estudo que esta pesquisa não contemplou profundamente, como analisar comparativamente as expressões do estigma na mulher e no homem alcoolista, o que seria muito interessante para identificar os níveis de estigmatização sobre um

problema semelhante. Ou também, abordar o olhar dos familiares frente à situação de alcoolização da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Clara; SCALON, Celi (organizadoras). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ARAÚJO, Taís Castelo Branco Crisóstomo de; MOREIRA, Virginia; CAVALCANTE JUNIOR, Francisco Silva. Sofrimento de Sávio: estigma de ser doente mental em Fortaleza. **Fractal, rev. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2009. doi: 10.1590/S1984-02922008000100013.

ACIOLI, Moab. Alcoolismo e o universo feminino: uma leitura na perspectiva da Antropologia Médica. **Revista da ABEAD**, ano 2, n. 1. 1999.

BERTOLETE, José Manoel. “Quem tem medo de mulheres alcoolistas?”. **Revista da ABEAD**, ano 2, p. 21-27, 1999.

BERTOLETE, José Manoel. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, Sergio de Paula e BERTOLETE, José Manuel, et al. **Alcoolismo Hoje**. 3. Ed Porto Alegre: artes médicas, 1997.

BORDIN, Selma, FIGLIE, Neliana Buzi e LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência Química na Mulher. In. **Aconselhamento em dependência química**. Editora Roca. São Paulo, 2004.

BRASIL, **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005** / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

BRASIL. **Livreto Informativo de drogas psicotrópicas**. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2007

BRASILIANO, Silvia. Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em tratamento específico para dependência química. **Tese de doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo 2005

COMBESSIE, Jean-Claude. “Descoberta e Coleta de Dados”. In: **O método em sociologia – como é, como faz**. São Paulo. Ed. Loyola, 2004

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2006, vol.55, n.3, pp. 208-211. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 nov. 2009. doi: 10.1590/S0047-20852006000300006.

DESOUZA, Eros; BALDWIN, John R.; ROSA, Francisco Heitor da. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, 6969 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S0102-7972-20000003-00016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Junho 2009. doi: 10.1590/S0102-79722000000300016.

EDWARD, Griffith. Problemas de bebida na mulher. In: **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo, Editora Cortez, 1997. p.109- 116.

FERREIRA, Aurélio B. De Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. Editora Positivo. São Paulo, 2009.

FORMIGONI, Maria Lúcia O. Souza e MONTEIRO, Maristela Golnadel. Etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula e BERTOLOTE, José Manuel, et al. **Alcoolismo Hoje**, 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GOFFMAN, Erving. (tradução Márcia Bandeira de M. L. Nunes). **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4º ed. Rio de Janeiro. Editora LTC. 1988

HAMANN, Edgar Merghán e COSTA, Ana Maria. Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero. In: COSTA, Ana Maria, HAMANN, Edgar Merghán e TAJER, Débora (organizadores). **Saúde equidade e gênero**. Editora Universidade de Brasília. Brasília, 2000.

HENNECKE, Lyne e FOX, Vernell. A mulher com alcoolismo. In: GITLOW, S. e PEYSER, H. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

HOCHGRAF, Patrícia B. ANDRADE, Arthur Guerra. A questão do gênero nas farmacodependências. In. CORDAS, Táki A. e SALZANO, Fábio T. **Saúde Mental da Mulher**. Editora Atheneu, 2006.

HOCHGRAF, Patrícia B. Alcoolismo feminino: comparação de características sócio-demográficas de padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. **Tese de doutorado**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

HOCHGRAF, Patrícia B. e BRASILIANO Silvia. Mulheres farmacodependentes: Uma experiência brasileira. **Álcool e Drogas sem Distorção: Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein** [On line] março 2004. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/10869>

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.L; MEYER, D.E.; WALDOW, V, R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 07-18, 1996.

I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.] ; Revisão

técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

MACRAE, Edward. Antropologia, aspectos, sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, Sérgio D. e TOSCANO, Jr, Alfredo. **Dependência de Drogas**. Editora Atheneu. São Paulo, 2001. Disponível também [online] em: <http://www.comunidadessegura.org/fr/node/41669>

MARTINELLI, Maria Lúcia. Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa. In: **Pesquisa qualitativa um instigante desafio**. São Paulo. Veras Editora. 1999: 11-39.

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

MATOS, Maria Izilda de. **Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.

MEDEIROS, Humberto Jacques. Saúde: Equidade, controle social e gênero. In: COSTA, Ana Maria, HAMANN, Edgar Merghán e TAJER, Débora (organizadores). **Saúde equidade e gênero**. Editora Universidade de Brasília. Brasília, 2000.

MEYER, Dogmar Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Gênero e saúde In: LOPES, M.J.L; MEYER, D.E.; WALDOW, V, R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 07-18, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. Hucitec/ Abrasco. São Paulo. 1993.

MOTA, Leonardo de Araújo. **Dependência química: problemas biológicos, psicológicos ou social?** São Paulo. Editora Paulus. 2007.

NIEL, Marcelo e JILIÃO, Alessandra. Conceitos Gerais, Avaliação Diagnóstica e Complicações Clínicas. In: SILVEIRA, Dartiu X. e MOREIRA, Fernanda G (organizadores). **Panorama atual de drogas e dependências**. Editora Atheneu, 1º ed. São Paulo, 2006.

NOBREGA, Maria do Perpétuo S S; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Dando voz às mulheres usuárias de álcool. **Act Paul Enf**, São Paulo, v. 16, n.03, p. 71-80. 2003.

Disponível em

http://abordabrasil.org/biblioteca/Producao%20Academica/nobrega_oliveira.pdf .

Acesso em 02 out. 2009

_____. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, 2005. p. 816- 823. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0034-89102005000500018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102005000500018.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila L. M. Rerepresentações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Cienc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2. 2006. p. 473- 481. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200024&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232006000200024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE – OMS. **Classificação internacional de doenças**. Décima revisão, vol I. Genebra, Versão 2008.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, Franca, v. 24, n.1, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742005000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2009. doi: 10.1590/S0101-90742005000100004.

PETRIBU, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2009. Available from <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600006&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Nov. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462009000600006.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, v.20, p. 71-99, jul/dez, 1995.

SILVA, Aparecida Eroy. Abordagem familiar. In: **Jornal Brasileiro de Dependência Química**. ABEAD. Volume 2, suplemento 1. Junho 2001. p. 21- 24.

VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Organizado por Gilberto Velho. Ed. 5°. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 1985.

VARGAS, Cláudia Regina Merçon de. Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool. Brasília: **Tese de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Ciências de Saúde da Universidade de Brasília – UnB**. 2002.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“A peculiaridade da alcoolização feminina: o estigma sobre as mulheres alcoolistas do Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília”**, a ser apresentada no Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, pela pesquisadora e aluna Larissa Alves da Fonseca do curso de Serviço Social.

A pesquisa visa demonstrar as forma de expressão do estigma sobre as mulheres alcoolistas participantes do Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do HUB. Os benefícios relacionados com a sua participação consistirá em melhorar a forma de atendimento às mulheres que apresentem problemas com o uso da bebida alcoólica, levando em consideração as particularidades e sensibilidade da mulher a fim de que haja um atendimento mais específico que atente às peculiaridades do gênero feminino.

A sua participação se dará de livre e espontânea vontade, na qual irá responder as perguntas da entrevista referente à sua experiência como mulher usuária de bebida alcoólica participante do SEAD – HUB, que será gravada, transcrita e analisada pela pesquisadora. Você não será identificada no trabalho escrito ou apresentado. Na pesquisa será utilizado pseudônimo quando houver referência ao nome da pessoa entrevistada. A participação nessa pesquisa não apresenta nenhum risco.

Durante a pesquisa se tiver qualquer dúvida você será esclarecida e terá a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, ao sentir-se constrangida e quiser desistir da entrevista, deve manifestar a sua vontade, isso não acarretará nenhum prejuízo no seu tratamento no SEAD-HUB.

É garantido o sigilo dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e sua participação está livre de qualquer remuneração ou despesa. Mas, se houver despesa a pesquisadora era responsável pelo seu ressarcimento.

Essa pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília

Os resultados dessa pesquisa estarão disponíveis no SEAD-HUB e no Departamento de Serviço Social da UnB. Se houver necessidade e interesse por você, em um momento oportuno, o resultado desta pesquisa poderá ser apresentado no próprio Serviço.

Outros esclarecimentos podem ser obtidos com a pesquisadora Larissa Alves da Fonseca, telefone 81831128 ou 36141473 (nos finais de semana) ou telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da UnB 33072761

O termo deverá ser assinado por você e pela pesquisadora.

Entrevistada _____

Pesquisadora _____

Brasília, _____ de _____ de 2009

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semi-estruturada

1. O que fez com que você procurasse tratamento?
2. Como a sua família lida frente a sua situação de alcoolização?
3. Sua família participa de seu tratamento?
*Como?
4. Já passou por alguma situação de constrangimento devido ao uso do álcool?
*Quais situações?
5. Já sofreu alguma violência por está alcoolizada?
*Quais situações?
6. Como é sua relação com os vizinhos?
7. Você fala a outras pessoas que faz tratamento para manter-se em abstinência do álcool?
*Por quê?
8. Você trabalha?
9. Como é a sua relação com os colegas de trabalho e a chefia?
10. Já faltou o trabalho devido ao uso do álcool? Qual foi a repercussão no trabalho?
11. Pra você tem alguma diferença da mulher quando bebe e o homem?