



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

Marianna Nascimento Fernandes

GÊNERO E ALCOOLISMO:

**UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DO QUE TEM SIDO PRODUZIDO NOS
PERIÓDICOS DA ÁREA DE SAÚDE ENTRE OS ANOS DE 2005 A 2016.**

Brasília

2017

Marianna Nascimento Fernandes

GÊNERO E ALCOOLISMO:

**UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DO QUE TEM SIDO PRODUZIDO NOS
PERIÓDICOS DA ÁREA DE SAÚDE ENTRE OS ANOS DE 2005 A 2016.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharela em Serviço Social, pela Universidade de Brasília – UnB, sob orientação da Professora Ma. Priscilla Maia de Andrade.

Brasília

2017

GÊNERO E ALCOOLISMO:
UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DO QUE TEM SIDO PRODUZIDO NOS
PERIÓDICOS DA ÁREA DE SAÚDE ENTRE OS ANOS DE 2005 A 2016.

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Universidade de Brasília,
como parte das exigências para a obtenção
do título de bacharela em Serviço Social.

Brasília, 30 de janeiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Priscilla Maia de Andrade
Orientadora – SER/UnB

Prof^a. Ma. Ana Carolina de Oliveira Pinho
(Membro Externo – CONAB)

Prof. Dra. Lucélia Luiz Pereira
SER/UnB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus pais, Maria Aleide do Nascimento Fernandes e Gilberto Fernandes de Oliveira pelo amor, afeto e dedicação. Sou eternamente grata pelo apoio e confiança, sem vocês eu não teria chegado até aqui.

Agradeço à minha irmã, Marcella N. Fernandes por me apoiar e incentivar meus estudos, ainda que distante pela correria do dia a dia.

Ao meu namorado, Jonathan Vogt, por sempre estar ao meu lado me apoiando e me dando forças nos momentos mais difíceis. Pelo seu amor, carinho e paciência.

À minha tia, Maria Ivanete do Nascimento, uma segunda mãe, que mesmo diante das dificuldades se fez sempre presente.

À Priscilla Maia de Andrade, minha orientadora, por sua dedicação e paciência diante as adversidades ao longo desse semestre.

À professora Lucélia Luiz Pereira e à Ana Carolina de Oliveira Pinho por terem aceitado compor minha banca.

Às minhas amigas e companheiras de curso, por todo o companheirismo ao longo dessa caminhada.

Aos meus familiares, que de alguma forma contribuíram na minha trajetória até aqui.

Aos professores da Universidade de Brasília e a todos aqueles que cruzaram meu caminho ao longo desses anos, e que, de alguma maneira fizeram parte da minha formação pessoal e profissional.

“Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância”.

Simone de Beauvoir

RESUMO

O alcoolismo feminino tem crescido nos últimos anos no Brasil, ainda que continue menor em relação ao masculino. Contudo, esse tema ainda é pouco debatido. O preconceito e a intolerância relacionados ao gênero dificultam a procura por tratamento. O objetivo desse estudo foi analisar o que tem sido produzido nos periódicos da área de Saúde em relação a gênero e a alcoolismo. Foi utilizado o método de pesquisa qualitativa, que proporciona ao pesquisador o entendimento profundo do objeto de análise. Dessa forma, foi realizada uma revisão bibliográfica de 13 artigos, do período entre 2005 a 2016 que abordam o tema, partindo da hipótese de que o gênero exerce influência no processo de alcoolismo, desde o “início do beber” até a procura por tratamento, com o intuito de analisar quais as principais discussões trazidas pelos autores. Os resultados apontaram que o debate sobre alcoolismo feminino ainda é incipiente e a produção a respeito do tema é baixa, o que traz invisibilidade à mulher alcoolista. As diferenças de gênero são fruto de uma construção social que impacta todos os âmbitos sociais e culturais. A violência no âmbito familiar se relaciona ao alcoolismo, influenciando tanto o início do consumo quanto a procura e adesão ao tratamento. Assim, pode-se concluir que apesar dos avanços trazidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito aos serviços que priorizam a desinstitucionalização do indivíduo, como os CAPS e CAPS ad, ainda há muito a avançar, em especial, no que diz respeito a desconstrução das desigualdades de gênero.

Palavras-chave: Gênero; CAPS ad; Alcoolismo; Saúde.

RESUMEN

En los últimos años ha crecido el alcoholismo femenino en Brasil, aunque siga menor que el masculino. Sin embargo, ese tema todavía es poco debatido. El prejuicio y la intolerancia de género dificultan la busca por tratamiento. La meta de este estudio fue analizar qué se han producido en los periódicos del área de salud relacionados a género y alcoholismo. Fue utilizado el método de pesquisa cualitativo, que proporciona al investigador una comprensión profunda del objeto. Así, fue realizada una análise bibliográfica de 13 artículos entre los años de 2005 hasta 2016, que abordan la cuestión, suponiéndose que el género ejerce influencia en el proceso de alcoholismo, desde el “empezar a beber” hasta la busca por tratamiento, con la intención de analizar cuáles son las principales discusiones de los autores. Se puede inferir que las mujeres sufren más prejuicio que los hombres. Los resultados apuntan que el debate del alcoholismo femenino todavía es incipiente y la producción sobre el tema es baja, trayendo una cierta invisibilidad para la mujer alcoholista. Así, se concluye que a pesar de los avances del movimiento de la Reforma Psiquiátrica en los servicios que priorizan la desinstitucionalización del individuo, como los CAPS e CAPS ad, hay que avanzar, en especial, en relación a la desconstrucción de género.

Palabras llaves: Género; CAPS ad; Alcoholismo; Salud.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGNU – Assembleia Geral das Nações Unidas

BCE – Biblioteca Central da Universidade de Brasília

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CCSM – Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas

CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental

CID – Classificação Internacional de Doenças

COFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CORSAM – Coordenação Nacional de Saúde Mental

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Equipe de Saúde da Família

GSF – Gasto Social Federal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Estado

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SEPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNB – Universidade de Brasília

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014).....	31
Quadro 2 - Artigos incluídos na revisão: autor, periódico, título, área, ano de publicação e metodologia.	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)... 28

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
CAPÍTULO I.....	19
A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	19
1.1 A configuração da política de saúde pública no Brasil.....	19
1.2 A Política de Saúde Mental no Brasil	24
1.3 A alternativa ao antigo modelo de assistência à saúde mental: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	29
CAPÍTULO 2	34
GÊNERO E ALCOOLISMO	34
2.1 O alcoolismo como patologia de causas múltiplas e complexas: o lugar da saúde e do social	34
2.1.1 Questão de saúde.....	35
2.1.2 Questão social	37
2.2 Gênero: como são definidos os papéis das mulheres na sociedade?	39
2.2.1 Como diferença virou desigualdade: gênero e patriarcado	39
2.2.3 Realidade e desafios às mulheres brasileiras.....	41
2.3 Gênero e alcoolismo	44
CAPITULO 3	48
CONTRIBUIÇÕES DA ÁREA DE SAÚDE PARA A DISCUSSÃO DO ALCOOLISMO FEMININO:.....	48
UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA.....	48
3.1 Gênero e alcoolismo: o que tem sido produzido na área de Saúde.....	51
3.1.1 Alcoolismo como um problema masculino.....	52
3.1.2 O que as leva a beber?.....	54
3.1.3 O que as leva a parar (ou não) de beber?	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso originou-se de um projeto de pesquisa que tinha como enfoque a análise do Histórico de Vida de pacientes do serviço de atenção à saúde mental ofertado pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS ad) de uma região administrativa do Distrito Federal. Inicialmente o objetivo da pesquisa era ponderar as contribuições desse serviço de saúde no tratamento das mulheres alcoolistas.

Foi perceptível, na aproximação com o tema, que gênero é uma questão fundamental ao estudar o alcoolismo, isso porque as diferenças sociais e culturais entre homens e mulheres são concretas e determinantes na procura e adesão ao tratamento. Detectada essa informação, o interesse pelo tema sobressaiu.

Contudo, existiram algumas dificuldades em relação à realização da pesquisa, se fazendo necessária a adaptação do objeto de estudo. Assim, a análise do Histórico de Vida foi substituída pela análise do que tem sido produzido na área de saúde em relação à gênero e alcoolismo, devido à morosidade do Comitê de Ética em analisar o projeto de pesquisa. Dessa maneira, o estudo fundamentou-se em levantamento bibliográfico, analisando quais são as contribuições trazidas nessa área a respeito do tema, e em que medida o gênero interfere no início do beber, na procura por tratamento nos serviços de saúde e na forma como a sociedade compreende o alcoolismo.

Na qualidade de política pública, a política de saúde avança a partir da Constituição Federal de 1988 que a incorpora como um direito universal, através de lutas e movimentos sociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do movimento sanitário e é regimentado pela Lei nº 8.080/ 1990, tendo em suas diretrizes os princípios da universalidade, integralidade e descentralização. Contudo, a partir de 1990 o cenário neoliberal contribui para a focalização e privatização dessa política, caminhando para uma regressão de direitos conquistados.

Esse advento do SUS foi essencial para a implementação dos ideais da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contribuindo para a área da Saúde Mental. Esse movimento tem caráter político social e econômico (ALVES; LIMA, 2013) e dá visibilidade ao debate em relação à cidadania dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental, de forma a oferecer um atendimento mais humanizado, livrando-se do modelo asilar e reconquistando a autonomia e liberdade do sujeito em sofrimento mental (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Surgem então, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se tornam a principal ferramenta de organização de atendimento à saúde mental no Brasil atualmente, e emerge como fruto da Reforma Psiquiátrica. Esse serviço aparece como um acompanhamento psicossocial do indivíduo, de forma a ampliar o debate a respeito de questões para além da doença, abrangendo todos os aspectos que permeiam a vida desse sujeito (SILVA *et al*, 2014).

Os CAPS ad (álcool e outras drogas) aparecem como a principal alternativa no tratamento de indivíduos com transtornos mentais e comportamentais ocasionados pelo consumo excessivo do álcool e outras drogas. Os CAPS ad organizam o atendimento a partir dos doze anos de idade, com atendimento individual, realizado através de uma equipe multidisciplinar. Esse serviço aparece como uma estratégia para a atenção à saúde mental, dispondo de recursos terapêuticos para os usuários e familiares (SILVA *et al*, 2014).

Anteriormente tratado como um problema masculino, o alcoolismo torna-se cada vez mais um problema também feminino. O aumento de mulheres que fazem uso abusivo do álcool é justificado por Pereira (2012) pelas transformações sociais e o fato da mulher estar ocupando novos espaços, por exemplo. A sociedade é muito mais agressiva em relação à mulher, o julgamento é maior, devido à construção social dos papéis de gênero e do patriarcado, que coloca a mulher como responsável pela casa e pelo cuidado com os filhos. Assim, a mulher alcoolista é entendida pela sociedade como aquela que não cumpre a função social a ela designada.

Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa foi analisar as produções na área de Saúde de forma a identificar quais as contribuições a respeito do alcoolismo na perspectiva de gênero. Assim, com a finalidade de alcançar esse objetivo, foram estipulados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o sistema de atendimento à saúde mental brasileiro;
- Entender o alcoolismo relacionando às questões de gênero;
- Analisar quais as contribuições encontradas na área de saúde em relação ao tema.

Portanto, esse trabalho de conclusão de curso foi organizado em três capítulos: o primeiro aborda a Saúde Mental no Brasil, a partir de uma perspectiva histórica, analisando a Política de Saúde Pública e o SUS. O segundo capítulo discute o alcoolismo e as principais questões de gênero que o perpassam. Por fim, o terceiro e último capítulo traz os resultados e

análises a partir do que tem sido produzido na literatura da área de Saúde em relação ao tema, resgatando o referencial teórico dos capítulos anteriores.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A princípio o projeto de pesquisa se intitulava “Gênero e Alcoolismo: a trajetória de mulheres usuárias da política de saúde mental pública do Distrito Federal”, a proposta era realizar estudo de caso, através da análise do histórico social, sobre a realidade de usuárias do CAPS ad de uma região administrativa do Distrito Federal. Contudo, a proposta tornou-se inviável diante a demora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/IH em apreciar e autorizar a projeto de pesquisa.

Diante da situação, tornou-se necessária uma readequação do projeto inicial e uma mudança no processo metodológico, devido a impossibilidade de cumprir o trabalho de acordo com as normas de pesquisa com seres humanos na área de saúde. Contudo, a proposta inicial de analisar a relação entre gênero e alcoolismo foi mantida. Assim, a nova proposta adquire o formato de análise bibliográfica, de modo a identificar quais as contribuições trazidas pela área de Saúde em relação ao tema, entre o período de 2005 a 2016.

Definiu-se para a realização desse trabalho, o formato de pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2012 p. 622) “consiste em compreender, interpretar e dialetizar”. Segundo a autora, a análise qualitativa é um exercício de compreensão e interpretação em que se faz necessário apropriar-se do entendimento que se tem a respeito do que é analisado. Esse método permite à pesquisadora uma percepção detalhada e aprofundada da realidade social (MINAYO, 2012). Justifica-se a escolha desse método de análise dado o objeto e os objetivos da pesquisa, uma vez que as principais fontes de pesquisa foram artigos relacionados ao tema gênero e alcoolismo.

Para organizar o processo de estruturação da pesquisa, a mesma foi dividida em etapas, quais sejam:

1) Levantamento bibliográfico

No primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico de forma a fundamentar um referencial teórico para a análise do objeto de estudo. Isto é, foram pesquisados estudos sobre gênero e o alcoolismo, bem como o sistema público de saúde se organiza para atender a essa patologia. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é baseada em materiais já elaborados, na leitura sistemática de livros e artigos científicos. A análise de diversas fontes bibliográficas permite uma visão ampla a respeito do tema, o que fornece o

embasamento para descrever os dados obtidos e nortear a pesquisa. A pesquisa bibliográfica permite ao investigador conhecer uma série de fenômenos para pesquisa, o que torna o estudo muito mais amplo (GIL, 2002).

Essa etapa foi necessária para a produção dos capítulos 1 e 2, para referenciá-los teoricamente. O primeiro capítulo trata da trajetória da política de Saúde Mental no Brasil e o segundo relaciona gênero e alcoolismo.

2) Mapeamento Bibliográfico de Periódicos nas Áreas de Serviços Social e de Saúde

No segundo momento o “mapeamento bibliográfico” foi realizado de forma a cumprir um dos objetivos proposto por essa monografia: “analisar quais as contribuições encontradas na área de Saúde em relação à gênero e alcoolismo”. Para tal, foram seguidos os seguintes passos, propostos por Lima e Miotto (2007), para a coleta de dados, de modo a delimitar a escolha do material pesquisado, são eles:

o parâmetro temático – as obras relacionadas ao objeto de estudo, de acordo com os temas que lhe são correlatos; o parâmetro linguístico – obras nos idiomas português, inglês, espanhol, etc.; as principais fontes que se pretende consultar livros, periódicos, teses, dissertações, coletâneas de textos, etc.; e por fim o parâmetro cronológico de publicação – para seleção das obras que comporão o universo a ser pesquisado, definindo o período a ser pesquisado (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 41).

Assim, foram selecionados, como parâmetro temático a área de saúde, partindo-se do pressuposto que o alcoolismo é um fenômeno complexo e de causas múltiplas. Como parâmetro linguístico foram pesquisados somente artigos em português, para facilitar a leitura da pesquisadora e delimitar o objeto de estudo.

Como principais fontes pesquisadas, elegeu-se periódicos nas seguintes bases de dados: a) Scielo (Scientific Electronic Library Online), que é composta por 290 revistas científicas do Brasil e outros países da América Latina; b) CAPES Periódicos, composto por artigos de 12.365 revistas nacionais e internacionais e 126 bases de dados; c) DOAJ, que dá acesso a 900 periódicos e artigos nacionais e internacionais nas áreas de ciência e tecnologia, ciências da saúde, ciências sociais e humanas; d) LILACS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. As bases de dados foram acessadas por meio do site da Biblioteca Central da Universidade de Brasília (BCE – UnB). Como estratégia de busca foram utilizadas as palavras-chaves: mulher e álcool, gênero e alcoolismo; alcoolismo feminino.

Por fim, o parâmetro cronológico estabeleceu-se entre os anos de 2005 a 2016, por ser o período no qual foram produzidos os artigos encontrados através das palavras-chave estabelecidas.

3) Análise de dados

Para a análise de dados, foram seguidos os passos colocados por Creswell (2010): organização, codificação e reflexão a respeito dos aspectos gerais que envolvem os dados. Posteriormente, descreveu-se as categorias e temas para análise, selecionando trechos para ilustração dos dados coletados e interpretação. Dessa forma, foi necessário organizar os dados extraídos durante a coleta de dados, analisar, interpretar e refletir sobre os principais aspectos desenvolvidos.

A análise dos dados obtidos trata-se de um exercício de interpretação crítica do conteúdo pesquisado. Segundo Lima e Mioto (2007, p. 41)

A análise explicativa das soluções consiste na análise da documentação, no exame do conteúdo das afirmações. Esta fase não está mais ligada à exploração do material pertinente ao estudo; é construída sob a capacidade crítica do pesquisador para explicar ou justificar os dados e/ou informações contidas no material selecionado

Lima e Mioto (2007) colocam que a leitura é a principal técnica de análise do material, é por meio dela que as informações são identificadas, podendo assim serem analisadas e interpretadas. A pesquisa bibliográfica serve para fundamentar determinado objeto de pesquisa, dessa forma, é importante que seja realizada de maneira que contribua para estudos posteriores.

Foram encontrados 13 artigos escritos em português que abordavam o tema, dessa forma foi possível analisar o que tem sido debatido pelos autores da área de saúde em relação ao tema - análise a ser aprofundada no capítulo 3.

CAPÍTULO I

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Neste capítulo o objetivo é realizar uma retrospectiva a respeito da saúde mental no Brasil. Para falar da saúde mental é importante que seja feita uma análise histórica da política de saúde pública e do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, aqui será feita uma discussão acerca da saúde pública no Brasil, bem como um resgate histórico sobre a assistência à saúde mental no país e a sua configuração atual. Esse tópico está sendo abordado em função do reconhecimento do alcoolismo como doença, cujo atendimento ocorre via a política de saúde mental.

1.1 A configuração da política de saúde pública no Brasil

As ações de saúde no Brasil antes do Sistema Único de Saúde (SUS) eram fragmentadas e os serviços médicos curativos eram de acesso restrito. A área da saúde era comandada pelo Ministério da Saúde, que cuidava apenas dos serviços preventivos e pelo Ministério da Previdência Social, que prestava serviços médicos curativos. Apenas os trabalhadores que contribuíam para o sistema previdenciário, que era ligado ao Ministério da Previdência Social, tinham acesso aos serviços de saúde de cunho curativo (BRASIL, 2000).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde, que seguia a lógica da cura, ou seja, remediar a doença, dá lugar com o SUS, à lógica da qualidade de vida da população. O SUS transfere a responsabilidade total pela saúde ao Ministério da Saúde, garantindo-a como direito universal de todos (BRASIL, 2000), tendo como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2011).

Através de um processo de lutas políticas e manifestações populares pela democratização do acesso à saúde, impulsionando o que ficou conhecido como Movimento Sanitarista¹ é que se configurou o SUS (BRASIL, 2000). O SUS surge como uma reforma do sistema de saúde anterior, para que fosse capaz de garantir a universalidade do acesso ao

¹ A reforma sanitária ocorreu simultaneamente ao processo de democratização, liderada por profissionais de saúde e pela sociedade civil e colocava a saúde como uma questão social, e não apenas uma questão biológica (PAIM *et al*, 2011).

serviço à população, bem como garantir a saúde e o bem-estar de forma integral (TEIXEIRA, 2011).

Cronologicamente os marcos que propiciaram o surgimento do SUS iniciaram-se a partir de 1979, momento em que técnicos e gestores municipais de saúde começaram a se organizar em reuniões, e em 1980 constituíram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (PAIM *et al*, 2011). Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e suas resoluções deram lugar aos parâmetros inscritos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000). Segundo Teixeira (2011), o SUS pode ser entendido como Política de Estado, levando em consideração que a Constituição Federal de 1988 considera a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Pela primeira vez foi possível falar em uma política pública no país que busca a descentralização do poder institucional, visando a participação social, através dos conselhos estaduais, municipais e estaduais (TEIXEIRA, 2011).

O SUS é financiado pelas receitas estatais e pelas contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Esse financiamento não é suficiente para assegurar os recursos adequados para o sistema público, ou seja, os recursos são menores do que o previsto para garantir uma atenção à saúde universal e equitativa (PAIM *et al*, 2011). O SUS é criado para garantir o acesso universal e igualitário à saúde, colocando-se em todas as ações e serviços públicos de saúde.

Estes serviços devem estar dispostos em uma rede hierárquica, que se divide em níveis de atenção. Essa descentralização dos serviços de saúde serve para otimizar o atendimento à população e são divididos em três níveis: o primário, que tem o papel de promover políticas direcionadas a prevenção e bem-estar das comunidades, e são oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs); o secundário é o oferecido nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais e em unidades de atendimento especializado para atendimentos de média complexidade; no nível terciário estão incluídos os serviços de alta complexidade, e são oferecidos em hospitais de grande porte. A integralidade deve contemplar todos esses níveis de atenção para a população (MATTOS, 2004).

Segundo Paim *et al* (2011) a função do SUS é promover a saúde, vigilância em saúde, controlar a educação sanitária e assegurar o cuidado à saúde em níveis primário, ambulatorial e hospitalar e a atenção básica tem o objetivo de garantir o acesso universal, expandindo a cobertura dos serviços de saúde, assim como implementar ações e prevenir doenças.

O SUS está organizado nas suas três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação social. Mattos (2004), destaca a integralidade do SUS e se refere a ela como uma “bandeira de luta”, relacionada a uma sociedade mais solidária e justa. O autor entende a integralidade como uma análise das necessidades do sujeito, englobando a assistência voltada a prevenção da saúde, conseguindo adequar a atenção oferecida àquele sujeito em determinado momento. Isso quer dizer que, as ações profissionais devem visar a identificação das especificidades dos usuários.

Mattos (2004) destaca três principais sentidos relacionados à integralidade: o primeiro faz referência às respostas do governo em relação às ações de assistência preventiva; o segundo se refere à organização dos serviços de saúde; e o terceiro se relaciona ao atendimento dos profissionais de saúde, relacionados a uma boa prática, colocando os procedimentos do cuidado como procedimentos sociais.

O SUS estabelece que as práticas de assistência à saúde devem articular-se com as práticas preventivas: estas ocorrem antes do sofrimento do indivíduo, baseadas no conhecimento dos profissionais de saúde a respeito das doenças, enquanto as práticas de assistência são vinculadas ao sofrimento do sujeito (MATTOS, 2004). A primeira dimensão da integralidade, para Mattos (2004), é expressada justamente na resposta profissional ao sofrimento do sujeito, uma apreensão das necessidades do sujeito englobando as ações de assistência e as ações preventivas de sofrimentos futuros. É importante destacar que integralidade é defender uma prática de saúde humanizada. Uma prática na qual os profissionais se relacionem com os sujeitos contextualizando suas ações (MATTOS, 2004) enxergando suas especificidades e sua subjetividade.

O princípio da universalidade estabelece que a saúde é um direito de todos, e enfatiza a prestação de serviços e ações preventivas, de maneira a reduzir os agravos; o princípio da integralidade destaca a importância de levar em conta as especificidades do sujeito ou de determinado grupo de pessoas, de forma a humanizar o serviço prestado; e o princípio da equidade representa a necessidade de diminuir as diferenças sociais e regionais promovendo melhores serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Assim, o SUS objetiva promover uma atenção universal, preventiva e curativa, que seja oferecida a todos de forma descentralizada e por meio da participação popular e da comunidade (PAIM *et al*, 2011). De acordo com o artigo 3º da lei 8.080/1990, esse novo entendimento no que diz respeito à saúde segue a lógica de que a saúde da população

representa também o nível da organização do país, tanto social quanto econômica (BRASIL, 2000). O SUS proporcionou o aumento no acesso à atenção na saúde para significativa parcela da população Brasileira (PAIM *et al*, 2011).

Os serviços e recursos passam a ser descentralizados, o que coloca a participação social como ponto importante. Nesse sentido, existem os conselhos de saúde, que visam a integração e participação da população nas políticas de saúde. Esse processo de participação social faz parte dessa democratização da saúde prevista no SUS (BRASIL, 2000).

Todavia, o SUS iniciou-se em um contexto político e econômico desfavorável, marcado pela influência neoliberal², reforçada por organizações contrárias ao financiamento público de uma saúde universal e é importante destacar que as políticas de saúde ao longo da história sempre estimularam o setor privado e a privatização da saúde, principalmente por meio de planos de saúde (PAIM *et al*, 2011).

A implementação do SUS ocorreu em 1990, mesmo ano em que o primeiro presidente eleito por voto popular desde o período ditatorial tomou posse, Fernando Collor de Mello, que seguia preceitos neoliberais e não se comprometeu com as reivindicações da reforma sanitária, apesar da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que apontava as atribuições do SUS, ter sido aprovada nesse mesmo ano (PAIM *et al*, 2011).

Em 1992 com o *impeachment* do presidente Collor, foi retomado o projeto da reforma sanitária e surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), que abriu espaço para a descentralização. Em 1994 com a eleição de Fernando Henrique Cardoso foi promovido ajustes macroeconômicos e processos de privatizações da saúde, através da criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira que coordenou a formulação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), que passa a considerar as políticas sociais como serviços não exclusivos do Estado (PAIM *et al*, 2011). Dessa forma, legaliza-se o processo da privatização do SUS e a tendência é a utilização do fundo público destinado à saúde, para o setor filantrópico e privado (PAIM *et al*, 2011).

² O neoliberalismo reatualiza os valores do pensamento liberal e conservador, e defende o desmantelamento das regulações do Estado, transferindo muitas delas para organizações dominadas pelos países capitalistas centrais (MORAES, 2001). Opõe-se ao planejamento da economia, a intervenção do Estado. O neoliberalismo aponta para privatizações dos serviços de saúde, ameaçando o caráter de universalidade, integralidade e igualdade do SUS.

Em 2000, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva toma posse e as propostas defendidas por seu governo apontam para a continuidade no aumento das privatizações (BRAVO; MENEZES, 2013). Contudo, Paim (2011) coloca que o governo do presidente Lula promoveu um programa mais desenvolvimentista. A criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros, são exemplos de avanços e iniciativas implementadas no governo Lula (PAIM *et al*, 2011).

Bravo e Menezes (2013) colocam que no governo Dilma, é evidenciada uma continuidade nos projetos e programas focais, associação de movimentos sociais e parcerias com o setor privado assim como os governos anteriores, ferindo dessa forma o preceito da saúde como um direito universal, colocando-a como espécie de mercadoria. Diante desse contexto, em 2010 surge a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, que se coloca contrária às privatizações, defendendo a universalidade do direito à saúde e o dever do Estado em promovê-la (Bravo; Menezes, 2013). Diante do atual contexto político, com Michel Temer assumindo o governo, após o *impeachment* da presidenta Dilma, a tendência é que o processo de privatização das políticas públicas continue aumentando³.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁴ (IPEA, 2012), é possível constatar que o caminho percorrido, em relação aos recursos destinados para a saúde foi muito irregular. Em 1995 os recursos, que representavam 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) passaram para 1,53% em 1996. No período de 1997 a 2008 variou entre 1,58% e 1,71% do PIB. Em 1995 os recursos destinados à saúde foram equivalentes à 15,9% do Gasto Social Federal (GSF), em 2005 caiu para 11,5% e em 2010 foi reduzido para 10,8% do GSF. O valor destinado às atividades de saúde foi responsável por 6,5% do PIB em 2013, segundo a Nota Técnica⁵ do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016).

³ Em dezembro de 2016 foi promulgada a Proposta de Emenda Constitucional 55/2016 (PEC 55) que limita os gastos públicos pelos próximos 20 anos, em sessão no Congresso Nacional. A PEC 55, impacta a política de saúde, no sentido da precarização do SUS, o que leva muitas pessoas acabem procurando os Planos de Saúde. Assim, a tendência é que a participação do Estado diminua cada vez mais, crescendo as privatizações dos serviços de saúde.

⁴ Esta Nota Técnica apresenta a Trajetória do Gasto Social Federal (GSF) no período de 1995 a 2010. (IPEA, 2012).

⁵ Esta Nota Técnica do IPEA tem como objetivo apresentar e discutir o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas e as medidas que podem diminuir os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde (IPEA, 2016).

Esses dados revelam que em vez de um aumento nos recursos destinados à área de saúde, necessária para a materialização do SUS, não existiu de fato uma mudança no orçamento. A destinação de recursos não foi adequada à concretização dos princípios constitucionais do SUS. PAIM *et al* (2011) coloca que o SUS possui menos recursos públicos do que o que foi previsto ao criar o sistema, já que o objetivo é um sistema universal de saúde público.

Atualmente vivemos em uma sociedade com muitas contradições nas políticas sociais, inclusive na área da saúde, contradições estas que refletem como ameaças aos princípios constitucionais do SUS, já que cada vez mais a saúde privada vem ganhando espaço, principalmente através das Fundações Estatais de Direito Privado⁶ e com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)⁷, em 2011 (Bravo; Menezes, 2013). Ou seja, atualmente, o pensamento a respeito da saúde segue uma lógica de mercado, o que prejudica e atrasa a superação do modelo hospitalocêntrico e curativo.

Apesar dos limites aqui apresentados, os avanços dos últimos 20 anos são notáveis, como o processo de descentralização, colocando maior responsabilidade na gestão dos serviços de saúde aos municípios, promovendo maior participação social (PAIM *et al*, 2011). Ou seja, pode-se dizer que apesar do retrocesso sofrido, o SUS ainda cumpre um papel essencial, no que diz respeito à universalidade de atenção à saúde (Bravo; Menezes, 2013). Diante disso se faz necessário também realizar uma breve análise de como se deu o processo de assistência à saúde mental no Brasil diante do contexto apresentado, levando em conta que o SUS tem papel fundamental tanto na prevenção como no enfrentamento do alcoolismo, já que os serviços de saúde mental trazem consigo uma nova visão cultural a respeito do sujeito alcoolista, proporcionando uma atenção integral ao indivíduo.

1.2 A Política de Saúde Mental no Brasil

⁶ Aproximadamente 60% dos recursos públicos de Saúde são destinados à rede privada, por meio de convênios de serviços de média e alta complexidade. Também são destinados através da transferência da gestão do SUS não estatais, através de contratos realizados por intermédio de Organizações Sociais (OSs) e pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (CORREIA; OMENA, 2013).

⁷ Segundo Bravo e Menezes (2013), EBSERH é uma empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550 de 2011, com a finalidade de gerenciar os Hospitais Universitários federais.

Busca-se, aqui, realizar uma breve explicação sobre as transformações ocorridas na instituição psiquiátrica brasileira, que foi constituída dentro de um modelo asilar excludente e que retira do convívio social aqueles que são considerados fora do padrão socialmente imposto (CARNEIRO, 2008).

A história da humanidade é marcada pela presença da loucura, a forma como era tratada socialmente que foi se transformando ao longo das mudanças nas sociedades. Desde a antiguidade os problemas mentais eram tratados como práticas religiosas, mágicas, bruxarias, e outras forças exteriores ao homem. Na Idade Média por exemplo, os loucos eram considerados possuídos pelo demônio, submetidas a práticas desumanas e condenados à fogueira (ROCHA, 2005).

A partir do século XV, a loucura passa a ser entendida como parte da vida diária, e ao contrário do medo que causava na Idade Média, observa-se um caráter de sátira moral, abordada na literatura e na filosofia deste século. No século XVI, por meio da racionalidade, a loucura passa a ser mais relacionada à razão (FOUCAULT, 1978).

O início do século XVII é marcado pelo entendimento da loucura como algo presente no cotidiano da sociedade e pela existência do hospital, que a partir da segunda metade do século representa a exclusão e a internação do sujeito considerado louco (FOUCAULT, 1978). Foucault (1978), coloca como referência, a criação do Hospital Geral em Paris no ano de 1656 que não tinha fundamentação médica, mas sim, poder policial e de justiça para a repressão do sujeito. A igreja também esteve presente nesse processo, criando congregações com objetivos iguais aos dos Hospitais Gerais, processo que se espalhou por toda a Europa (FOUCAULT, 1978).

No Brasil surge o modelo psiquiátrico no século XIX, com as características herdadas do modelo europeu, que, segundo Rosa (2011), se manifesta em um contexto de sociedade rural e escravocrata, que tratava o trabalho como indigno. A base desse modelo é a hospitalização⁸, entendendo que as pessoas em sofrimento mental são pessoas que perderam a razão e por isso, são incapazes. Esse sistema é marcado pela proximidade com as prisões, fundado no controle social e na disciplina, incluindo medidas físicas, tais como: “duchas geladas, chicotadas, máquinas giratórias e tortura” (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

⁸ Em 1852, no Rio de Janeiro, é inaugurado o Hospício Pedro II, que marca institucionalmente a assistência psiquiátrica do Brasil, que surge para manter a ordem pública diante do problema da loucura e da ociosidade (ROSA, 2011).

A partir da República, a loucura recebe enfoque como doença e a psiquiatria vira especialidade médica, os loucos agora eram doentes mentais (ROSA, 2011). A partir daí a psiquiatria passou por diversas tentativas de reforma, que Amarante (2007) analisa como reformulações dos antigos modelos de atenção à saúde mental, centradas na institucionalização do indivíduo.

A partir de 1960 o governo militar passa a mercantilizar as políticas sociais como fonte de lucro, e a população psiquiátrica passa a ser constituída por trabalhadores adoecidos psiquicamente devido ao uso intensivo da força de trabalho e os diagnósticos passam a ser principalmente neurose e alcoolismo (ROSA, 2011). Na década de 1970, a partir das mobilizações sociais, iniciou-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica em paralelo com o Movimento da Reforma Sanitária (ROSA, 2011).

É em 1978, na cidade do Rio de Janeiro diante da crise⁹ na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN) do Ministério da Saúde, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganha maior autonomia (ROSA, 2011). Assim, em 1979 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que contesta e denuncia as violações de direitos humanos dos sujeitos portadores de transtorno mental e propõe a ampliação dos serviços ambulatoriais na atenção à saúde mental (ROSA, 2011).

No ano de 1987, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental surge a necessidade de uma reorganização dos serviços de assistência à saúde mental (ROSA, 2011). A saúde mental passa por um maior debate a respeito de uma articulação e a constituição de trabalhos diferenciados e a desospitalização dos usuários (BARROS; SALES, 2011).

Além das estratégias de desinstitucionalização do sujeito, o processo da Reforma Psiquiátrica é marcado pelo aumento da rede de atenção psicossocial e a hegemonia reformista. Ela surge como um conjunto de saberes e práticas em torno das políticas de saúde criadas para enfrentar a questão do adoecimento mental (BARROS; SALES, 2011). Em 1989, é proposto o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e propunha a substituição dos manicômios por serviços ambulatoriais.

Em 1990, cria-se a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM), que propõe mudanças ao modelo assistencial da política de saúde mental. A CORSAM, no contexto da

⁹ Essa crise surgiu diante das condições precárias de trabalho dos profissionais da divisão e em contestação ao modelo de assistência psiquiátrica (ROSA, 2011).

reforma sanitária, reconhece a necessidade de mudança no modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, centrado no leito hospitalar, no isolamento do indivíduo (BARROS; SALES, 2011).

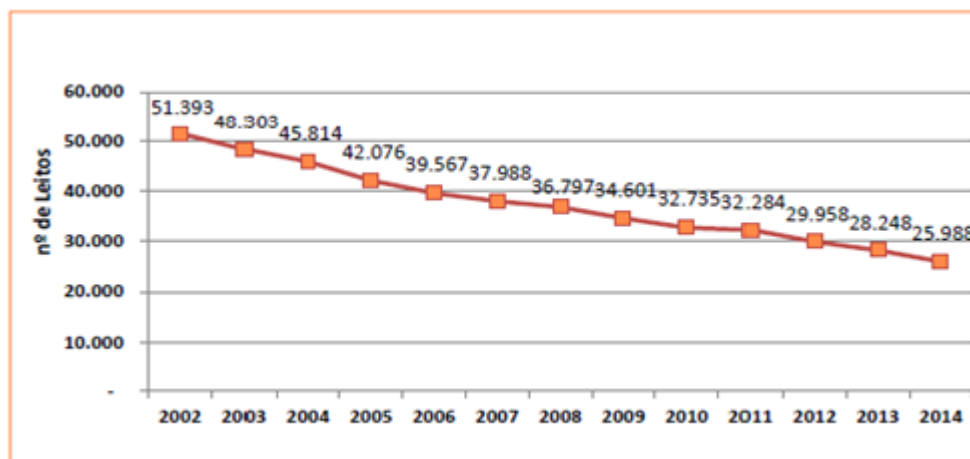
O advento do SUS contribuiu para diversas mudanças nas últimas décadas, bem como a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 1990, foi extinta a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que era responsável pelo pagamento de hospitais psiquiátricos públicos e pela Campanha Nacional de Saúde, dando lugar, em 1991 à Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), para coordenar a política de saúde mental no Brasil, visando a diminuição dos leitos dos hospitais psiquiátricos e financia novos serviços de atendimento ambulatorial à comunidade.

Segundo Alves e Lima (2013), o movimento da Reforma Psiquiátrica tem caráter político, social e econômico. Tem entre seus principais objetivos a desinstitucionalização – entendida aqui conforme descrito pela Política Nacional de Saúde: “o processo de reinserção de usuários em seus territórios existenciais” (BRASIL, 2013, p. 21). Isso vai muito além de colocar para fora dos muros dos hospitais, o movimento de reforma psiquiátrica busca que a sua volta a sociedade não seja um confinamento. O que se espera com esse processo é que o usuário do serviço de saúde mental, além de resgatar a sua cidadania, tenha autonomia sobre a sua própria vida e o respeito da sociedade (ALVES; LIMA, 2013).

O movimento da reforma psiquiátrica trouxe o debate a respeito do resgate da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, de forma a superar o modelo asilar no tratamento desses usuários (SIMON; BAPTISTA, 2011). Ao longo dos anos, esse debate vem tomando espaço na política de saúde, buscando desconstruir conceitos antigos e favorecer a valorização do indivíduo com sofrimento mental, valorizando o sujeito e buscando sua autonomia, garantindo assim, seu acesso a direitos e buscando sua emancipação. Resultado disso é o processo de diminuição dos leitos em Hospitais Psiquiátricos no Brasil entre os anos de 2002 a 2014.

O gráfico 1 representa o processo de redução de leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos no país desde o ano de 2002.

Gráfico 1 – Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

Em 2001 foi consolidada a Lei nº: 10.216¹⁰, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo seus direitos e garantindo uma atenção mais humanizada. Em 2003 foi criado o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM), com o objetivo de debater esse processo de mudança do modelo da assistência em saúde mental (SIMON; BAPTISTA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim, trouxe propostas de tratamento e cuidados diversas ao modelo manicomial. Trata-se de um movimento que ainda está em processo de consolidação, e que depende da construção de políticas públicas em saúde mental, além da conscientização e transformação do pensamento da sociedade em relação ao sofrimento psíquico, incluindo a dependência química (ALVES; LIMA, 2013).

Percebe-se que através dos debates trazidos com Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, surgem alternativas para a criação de um modelo não hospitalocêntrico, entendendo que a internação, caso necessária, ocorra como exceção. Desta forma, se torna necessária uma reestruturação da assistência à saúde mental, criando uma rede de serviços ambulatoriais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa fortalecer o cuidado mais

¹⁰ Em 2016, a Lei nº: 10.216/2001 criada para viabilizar a criação de políticas na área da saúde mental, após um longo processo de mobilização social e de profissionais para uma nova forma de atenção aos usuários da saúde mental completou 15 anos.

democrático, participativo e integrado, qualificando a assistência em saúde mental, de forma a garantir a promoção de Direitos Humanos a todos (ROSA, 2011).

De acordo com o estudo realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) (BRASIL, 2015), a RAPS, ao longo dos anos tem assumido a atenção ao cuidado das pessoas com transtornos mentais e transtornos causados pelo uso prejudicial do álcool e outras drogas, levantando o debate a respeito dos direitos sociais, civis e humanos de todos os usuários e usuárias do serviço.

A RAPS é composta por diversos serviços: leitos em hospitais, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, hospitais-gerais, cooperativas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros (PASSOS, 2014). O CAPS é colocado como o principal mecanismo de organização da atenção à saúde mental no país atualmente e será o tema a ser discutido no próximo item.

1.3 A alternativa ao antigo modelo de assistência à saúde mental: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O serviço de atenção psicossocial é recente no Brasil. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS) surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, diante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para atender um número crescente de pessoas com transtornos mentais, incluindo as que enfrentam problemas relacionados ao uso abusivo de álcool, e também de outras drogas (VARGAS *et al*, 2015). A equipe é multidisciplinar, ou seja, vários profissionais atuam de forma mútua, o que se considera positivo para a eficácia e uma melhor atenção aos usuários do serviço, visando a desinstitucionalização do usuário, de forma a contribuir para um atendimento mais humanizado, garantindo a autonomia e garantindo os direitos do sujeito.

Em 1988, na cidade de Santos, surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), como estratégia para desmontar o modelo manicomial, esses serviços tinham como objetivo um funcionamento mais intensivo do que o CAPS, com assistência sete dias da semana e uma estrutura mais complexa para situações mais graves (AGUIAR, 2014). Constituíram-se como referência para a substituição de manicômios no Brasil, junto com os CAPS, representando um grande avanço no modelo de atenção à saúde mental (CAMPOS; FURTADO, 2006).

A lei da reforma psiquiátrica, leva à implementação de serviços ambulatoriais, como os CAPS, aumentando o número de estabelecimentos de 424 para 1.541 desde 2001 (PAIM *et al*, 2011). Nesse processo de reforma psiquiátrica, o serviço de atenção do CAPS, representa o acompanhamento psicossocial e de saúde do indivíduo, que, segundo Silva *et al* (2014), amplia o atendimento ao debate das questões sociais, políticas e educacionais.

O primeiro documento oficial que estabelece os critérios para o funcionamento e financiamento dos CAPS pelo SUS é a portaria nº 224/92, do Ministério da Saúde (CAMPOS; FURTADO, 2006). Os CAPS organizam a atenção psicossocial a partir dos doze anos de idade, com atendimento individualizado e contínuo. Realizam atividades individuais e também em grupos, e através dos planos terapêuticos visam a reabilitação do usuário, incentivando sempre a autonomia do sujeito e o fortalecimento dos vínculos com a comunidade e também com a família (SILVA *et al*, 2014).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem como uma de suas principais atribuições a construção de ações de saúde mental na atenção básica e no território. A portaria nº 3.124 de 2012 do Ministério da Saúde possibilita que qualquer município do Brasil conte com pelo menos uma equipe de Saúde da Família (eSF)¹¹. Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica em todos os níveis, ampliando as ofertas de saúde para a população (BRASIL, 2015).

Vale destacar a importância da parceria entre equipes de atenção básica com a RAPS, a partir de estratégias de matriciamento e articulação do cuidado integral e universal. A atenção básica tem sido utilizada como principal estratégia no atendimento à saúde mental nos pequenos municípios, que não tem população suficiente para a abertura de um serviço especializado, como o CAPS.

Em 2002, publica-se a Portaria nº. 336/2002, que prevê a diferenciação dos CAPS pelos níveis de complexidade (BRASIL, 2011). Os CAPS se dividem então, por tamanho, complexidade e área de abrangência, respeitando os princípios do SUS em relação a regionalização, descentralização e hierarquização (BRASIL, 2011), da seguinte maneira:

¹¹ As equipes de Saúde da Família são parte da Estratégia Saúde da Família, que visa reorganizar a atenção básica no Brasil, com base nos preceitos do SUS, compostas por equipes multiprofissionais: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários (BRASIL, 2015)

- Os CAPS I são os de menor porte, localizados em municípios com população entre 20.000 a 50.000 habitantes e funcionam durante os cinco dias úteis da semana;
- Os CAPS II são de médio porte, localizados em municípios com mais de 50.000 habitantes, funcionando os cinco dias úteis da semana;
- Os CAPS III, que são os antigos NAPS, são os de maior porte, funcionam em locais onde a população é maior de 200.000 habitantes, funcionam durante 24 horas todos os dias da semana;
- Os CAPS i são especializados no atendimento de crianças e adolescentes e funcionam nos cinco dias úteis da semana;
- Os CAPS ad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e funcionam os cinco dias da semana. Através da Portaria nº. 130/2012, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS ad III), destinado a realizar uma atenção especializada, contínua e integrada aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

O quadro 1 apresenta a evolução da implantação dos diferentes tipos de CAPS ao longo dos anos.

Quadro 1 - Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937

2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

Dado o objeto da pesquisa, será priorizado o CAPS ad, que surge como uma estratégia, pode-se dizer, de ampliar o debate de questões sociais, bem como dar visibilidade ao dependente químico, como sujeito de direito, de forma a garantir a sua autonomia e individualidade (ALVES; LIMA, 2013). O consumo de bebidas alcoólicas, assim como substâncias psicoativas é presente na cultura brasileira desde os primórdios, mas até o ano de 1998, o país não tinha uma política pública específica para atendimento de dependentes de álcool e outras drogas (AGUIAR, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a equipe do CAPS ad deve ser composta por um médico psiquiatra, um médico clínico, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogo, técnicos em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Cada usuário do serviço deve ter um projeto terapêutico individual, construído e conjunto com a equipe e levando em conta as especificidades de cada sujeito (BRASIL, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde, é importante que a equipe do CAPS ad trabalhe com a perspectiva de Redução de Danos (RD).¹²

Os CAPS oferecem serviços ambulatoriais, consultas médicas, atendimento individuais ou em grupos, atividades lúdicas, articuladas através de um projeto terapêutico, construído de forma individualizada e suas estruturas são articuladas com os princípios que norteiam todos os demais serviços do SUS, buscando garantir acessibilidade e integralidade no serviço prestado (CAMPOS; FURTADO, 2006).

O atendimento no CAPS ad é diário, acolhendo os usuários dentro da lógica de RD, ofertando atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, oferecendo condições para repouso e desintoxicação para o usuário que necessitar de tais cuidados, trabalha em conjunto com a família do usuário, buscando minimizar os fatores de risco para o usuário e contribuir para a diminuição do estigma social relativo ao uso abusivo de álcool e outras drogas

¹² As estratégias de Redução de Danos (RD) envolvem medidas que possam diminuir os prejuízos causados pelo uso abusivo das drogas, quando o usuário não consegue interromper definitivamente o uso. Essas ações levam em consideração que caso o indivíduo não interrompa o uso, é importante que tenha o menor risco possível à sua saúde (AGUIAR, 2014).

(BRASIL, 2006). É importante que os profissionais atuem de forma transversal, com integração e articulação dos seus saberes em benefício da atenção ao sujeito (AGUIAR, 2014).

Essa política deve buscar instrumentos para lidar com o problema da dependência em álcool e outras drogas e fortalecimento dos fatores de proteção, bem como o resgate da autonomia e subjetividade do usuário (SOUZA *et al*, 2012). Essa transformação do modelo de atenção em saúde mental enfrenta desafios diários, no sentido de desconstruir paradigmas e preconceitos históricos e a exclusão social.

CAPÍTULO 2

GÊNERO E ALCOOLISMO

A proposta aqui é analisar como a questão do alcoolismo pode ser compreendida pela perspectiva de gênero. Diante deste contexto, faz-se necessário analisar os estudos que dizem respeito ao alcoolismo relacionado às questões de gênero, levando em conta o alcoolismo feminino e a condição da mulher socialmente construída. Para isso, discorre-se sobre o alcoolismo como patologia e suas implicações sociais, como se definem os papéis de gênero na sociedade, o papel do patriarcado e suas influências. Será discutida a relação entre gênero e o álcool, o que possivelmente leva a mulher a iniciar o uso do álcool e quais os caminhos que a levam a querer interromper esse consumo. Se faz importante ainda, destacar as diferenças e desigualdades de gênero que percorrem essa trajetória.

2.1 O alcoolismo como patologia de causas múltiplas e complexas: o lugar da saúde e do social

O consumo de substâncias psicoativas é parte da história da humanidade, e sempre esteve associado às mais diversas situações nos diferentes contextos vividos em cada época, como colocado em um estudo coordenado por Ronzani *et al* (2014), ou seja, pode ser utilizado como forma de socialização ou isolamento, em atividades recreativas, e até mesmo, em rituais culturais e/ou religiosos. Já o consumo excessivo de álcool esteve relacionado, durante muito tempo, com a desordem e promiscuidade (SOUZA; MENANDRO; MEANDRO, 2015). Ou seja, a forma como o indivíduo se relaciona com o álcool é que deve ser analisada, e não o álcool em si (RONZANI *et al*, 2014).

Pelo fato da indústria do álcool estimular o seu uso através da mídia (OLIVEIRA; LUCHESE, 2010) e por ser uma substância de mais fácil acesso em relação a outras drogas, devido a seu caráter lícito e de baixo custo, o álcool é uma droga relativamente mais aceita pela sociedade, e mais difícil de ser vista como um problema de saúde pública (OLIVEIRA *et al*, 2012). De acordo com Ronzani *et al* (2014), essa dificuldade de entender o alcoolismo como questão de saúde faz com que os sujeitos sejam vistos como violentos e unicamente responsáveis pela sua condição.

Além de uma visão estigmatizada da sociedade em relação aos usuários, existe ainda uma deficiência nas políticas públicas para atender essa população, nas áreas de saúde, assistência social e educação (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010). Soma-se a isso o fato de que o preconceito e o estigma transformam-se em uma espécie de barreira que dificulta o tratamento do indivíduo (RONZANI *et al*, 2014). O processo de estigmatização acarreta diversas consequências negativas para o sujeito alcoolista, como a perda da autoestima, o isolamento, a falta de perspectiva de recuperação, baixa adesão ao tratamento, sentimentos de culpa, raiva, vergonha, angústia, exclusão social, problemas familiares e agravamento da situação de dependência. Relaciona-se também a prejuízos físicos, psicológicos, sociais e até problemas relacionados a justiça (RONZANI *et al*, 2014).

Levando em conta a complexidade do alcoolismo como patologia, os próximos dois itens foram divididos entre questão de saúde e questão social, elencando as complexidades do alcoolismo como doença de causas múltiplas e o lugar do social.

2.1.1 Questão de saúde

Na segunda metade do século XX é que o alcoolismo passa a ser apreendido de maneira médica, ou seja, o alcoolismo passa a ser considerado doença (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015). Em 1967, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³, considera o alcoolismo como doença e recomenda que o assunto seja tratado como uma questão de saúde pública. O alcoolismo, do ponto de vista médico, é uma doença crônica, caracterizada pelo consumo compulsivo do álcool, tornando o usuário cada vez mais tolerante à substância (ALZUGUIR, 2014).

A primeira lei específica sobre drogas no Brasil foi o decreto 4.294 de 1921, que dispunha de penalidades para a venda de substâncias como cocaína, ópio e morfina e estabelecia a internação de usuários de álcool e outras drogas (CARVALHO, 2011). Porém, até 1998 não existia nenhuma política específica para o atendimento dos dependentes de álcool e outras drogas.

¹³ “A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas, dedicada às questões de saúde. Fundada em 1948, com o objetivo de garantir saúde a todos, compreendendo a saúde como o bem-estar psicológico, físico, mental e social” (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Foi a partir da XX Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU)¹⁴ (1988), que começam a ser tomadas medidas para a redução da demanda de drogas. A partir daí, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN)¹⁵ passou a ser denominado Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)¹⁶, e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)¹⁷ foi criada para coordenar a Política Nacional Antidrogas (PNAD)¹⁸, instituída em 2002, através do Decreto Presidencial Nº 4.345/2002 com o papel de mobilizar os atores envolvidos para a criação de políticas específicas para tratar desse tema (BRASIL, 2006).

De acordo com a OMS (2008), o alcoolismo é classificado pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹⁹, tratado como transtornos mentais e comportamentais decorridos do uso abusivo de álcool. Apesar disso, o consumo de drogas ainda nos dias de hoje é muitas vezes visto pelo senso comum como uma falha de caráter, culpabilizando o usuário (RONZANI *et al*, 2014).

Atualmente, o alcoolismo tem sido uma das questões de saúde pública mais preocupantes em todo o mundo, isso porque ele se associa a diversos outros problemas, tais como aumento da violência, homicídios, abandono ao trabalho e outros (NASCIMENTO;

¹⁴ A Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) é um órgão da Organização das Nações Unidas, que tem dever de supervisionar o orçamento da ONU, receber relatórios de outras instituições da ONU e elaborar resoluções (BRASIL, 2011).

¹⁵ O COFEN fazia parte do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. De acordo com o Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980 Art. 4º “Compete ao Conselho Federal de Entorpecentes propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 1980).

¹⁶ De acordo com o Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, “Art. 4º Compete ao CONAD: I - acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD; II – exercer orientação normativa sobre as atividades previstas no art.1º; III- acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas; IV – propor alterações em seu Regimento Interno; e V – promover a integração do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal” (BRASIL, 2006)

¹⁷ A SENAD comanda a política pública brasileira sobre drogas e possui diversas competências, entre elas “articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social dos usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2011).

¹⁸ O Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 “institui a Política Nacional Antidrogas e estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas” (BRASIL, 2002).

¹⁹ O CID é publicada pela OMS, e busca padronizar a codificação de doenças, ou seja, a cada estado de saúde atribui-se uma categoria única, correspondente ao código CID, de acordo com a décima edição, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008.

JUSTO, 2000). Nas últimas décadas houve um aumento de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool, como por exemplo, acidentes de trânsito, aumento da criminalidade e da violência, entre outros (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

De acordo com a OMS, a média do consumo de álcool no mundo foi de aproximadamente 6,2 L por pessoa em 2010, enquanto no Brasil, nesse mesmo período foi consumido cerca de 8,7 L por pessoa, quantidade que supera a média mundial. Cerca de 3,3 milhões de mortes em todo o mundo são decorrentes do uso nocivo do álcool (OMS, 2014).

2.1.2 Questão social

O álcool é a droga mais usada no Brasil, e com maior índice de uso abusivo e nocivo (VARGAS *et al*, 2015). É importante entender o alcoolismo como uma questão social. O uso abusivo de álcool vai além do âmbito individual, porque ele afeta toda a estrutura social do indivíduo, gera problemas familiares, no trabalho e demais dimensões da vida (OLIVEIRA *et al*, 2012). O alcoolismo é entendido muitas vezes como uma dimensão moral do sujeito, ou seja, o torna irresponsável em todas as dimensões da sua vida e em todas as relações sociais, dessa forma, deixa de ser então um condutor de sociabilidade, tornando um problema e levando o indivíduo ao isolamento (CAMPOS, 2009). Os julgamentos morais não se restringem à forma como a sociedade enxerga esse indivíduo, mas também a forma como ele se vê, como ele entende o seu lugar na sociedade e a sua própria identidade (ALZUGUIR, 2014).

A OMS define que os determinantes sociais saúde-doença estão relacionados diretamente às condições sociais do indivíduo, a forma como o sujeito vive e trabalha. Existem ainda os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais (OMS, 2006). Significa dizer então, que esses determinantes sociais interferem diretamente no adoecimento ocasionado pela dependência do álcool.

O alcoolismo leva o indivíduo à margem da sociedade (CAMPOS, 2009), dessa forma, é levado para além da medicina e psiquiatria, e perpassa as ciências sociais. O alcoolismo é analisado aqui enquanto expressão da questão social. No que diz respeito à questão social, Iamamoto e Carvalho (1998) colocam que é o conjunto de expressões de desigualdades da sociedade capitalista, onde o trabalho torna-se cada vez mais social, em contrapartida, a

apropriação do capital continua monopolizada por uma pequena parte da sociedade. Dessa forma, entende-se que a ampliação do desemprego e a precarização das relações de trabalho são centrais nos dias atuais, sendo que, esse cenário contribui para diversas expressões da questão social, como o aumento da pobreza, violência, uso de drogas e também, o alcoolismo. Pode-se dizer ainda que o alcoolismo como doença foi colocado no mesmo patamar de doenças epidêmicas como sífilis e a loucura, doenças estigmatizadas socialmente.

De acordo com Telles (1996), a maneira como o indivíduo é percebido na sociedade, o lugar destinado a ele, interfere na sua conduta. Ou seja, se os sujeitos são impossibilitados do acesso ao trabalho e excluídos, alguns deles, acabam buscando o prazer no álcool. Na perspectiva de doença e associado ao estigma social, o alcoolismo é uma manifestação da questão social. O capitalismo norteia os valores sociais, e todos aqueles que não se enquadram em um padrão pré-estabelecido, são excluídos.

O alcoolismo é associado ao sistema capitalista no sentido da exclusão social, e caracteriza-se de certa forma como uma fuga diante de uma sociedade tão desigual. Além dos aspectos orgânicos, familiares, sociais, é importante colocar e contextualizar as dimensões subjetivas, econômicas, políticas e culturais que são determinantes do problema do alcoolismo (CONTE, 2001), pode ocorrer a fragilização dos vínculos, situação de vulnerabilidade social e econômica. O sujeito pode tornar-se alcoolista por diversos fatores que podem estar associados ao contexto familiar ou não.

Analisando a sociedade moderna tendo como base o advento do salário, Castel (1998) coloca que a formação do individualismo marcada pelo enfraquecimento das proteções sociais, aponta para a crise do desemprego, e conseqüentemente, o decaimento das relações sociais. Dessa forma, a competitividade acarreta à precarização do emprego e ao desemprego. Aqueles que não são qualificados constituem-se em uma parcela à margem da sociedade, não dependendo de suas escolhas, mas sim do espaço social que a ela é destinado, espaço esse funcional para a manutenção da sociedade capitalista. O alcoolismo é entendido como uma das expressões sociais nesse contexto, de encontro com a pobreza e o isolamento (NASCIMENTO; JUSTO, 2000).

Alguns autores entendem as causas do alcoolismo como um conjunto de fatores biopsicossocial (NASCIMENTO; JUSTO, 2000). As questões biológicas incluem os fatores genéticos, hereditários e também a propensão ambiental do sujeito, como possíveis explicações para o consumo abusivo e a dependência do álcool. Dessa forma, Nascimento e Justo (2000),

acrescentam que o lugar ocupado pelo sujeito em uma cultura, assim como o ambiente em que vive, podem influenciar no desenvolvimento do alcoolismo ou não. Nessa compreensão do sociocultural, é relevante pensar que a influência de amigos e no meio familiar, além de situações de perdas de emprego e problemas familiares são fatores que podem estimular o consumo de álcool, e possivelmente, o alcoolismo.

Segundo Nascimento e Justo (2000), psicologicamente, existem também fatores que podem associar-se ao alcoolismo, que levam indivíduo a procurar no álcool um mecanismo para fugir da realidade, seja por sentimentos de inadequação diante da sociedade, timidez, irritabilidade entre outros.

Assim, ao entender o alcoolismo como um problema social, enxerga-se a complexidade do problema e não culpabiliza o usuário. O enfrentamento do alcoolismo enquanto questão social deve ser pensado como direito do sujeito de manter sua dignidade, trabalho, saúde, habitação, liberdade de ir e vir, diante de um contexto social que o exclui, segrega e adocece.

No próximo item será debatida a questão de gênero e definição social dos papéis femininos, o surgimento do patriarcado e como essa construção de gênero afeta especificamente as mulheres na nossa sociedade.

2.2 Gênero: como são definidos os papéis das mulheres na sociedade?

Os tópicos foram divididos para facilitar a leitura e compreensão, assim, o primeiro traz aspectos de gênero e patriarcado e no segundo é discutido a realidade e os desafios enfrentados pelas mulheres de modo geral no Brasil.

2.2.1 Como diferença virou desigualdade: gênero e patriarcado

Historicamente os papéis destinados a homens e mulheres foram se transformando. As sociedades primitivas, por exemplo, associavam as mulheres à capacidade de produzir vida, e eram consideradas mais próximas dos deuses (MURARO; BOFF, 2002). A mulher era

também responsável pelo cultivo de alimentos, pela caça de animais de pequeno porte e por cuidar dos filhos.

Devido à escassez dos recursos naturais, começou a existir a necessidade da força física para o sustento das comunidades, a partir daí o homem tomou para si a responsabilidade pelas tarefas que requeriam maior esforço físico (SOUZA, 2006)²⁰. Nas sociedades em que a caça e a pesca tornaram-se predominantes, intensificou-se a soberania masculina, além da competitividade dos povos e guerras por territórios e poder (AUAD, 2003). Pode-se falar que emerge aqui o embrião do Patriarcado, compreendido por um sistema de organização social que tem como pressuposto a superioridade hierárquica do homem em relação à mulher.

O patriarcado também se estabelece a partir do momento em que o homem toma consciência de seu papel na procriação, que até então era uma capacidade pertencente às mulheres (AUAD, 2003). Dessa forma, surge uma nova construção de pensamentos, onde o humano dá lugar ao domínio masculino. Segundo Muraro e Boff (2002), o feminino e masculino que até então, governavam juntos, são divididos, e enquanto a mulher fica isolada no âmbito privado, dentro de casa, o homem passa a ser dominante no âmbito público. Pode-se dizer, então, que a mulher passa a ser dominada e o homem dominante. A relação de submissão, nesta forma de organização social se dá através do poder e da violência. Segundo Saffioti (2001), ao cumprir a sua função patriarcal, o homem dispõe de autoridade para impor o comportamento da mulher, sendo permitido socialmente reprimir o que entender por desvio, o fazendo através da violência.

A mulher, ao longo do tempo, sempre foi caracterizada pela falta de identidade própria. Na antiguidade, por exemplo, a mulher só era aceita socialmente enquanto esposa, ou seja, ela era uma espécie de patrimônio do marido, o qual nem sequer era escolhido por ela. Ainda na Idade Média, a mulher continuava na submissão do marido. Yalom (2002) coloca que apenas dos séculos XVII e XVIII, através do movimento Iluminista, que propagava a autonomia, individualidade e universalidade é que começou a existir uma melhora na esfera do ser humano, mas ainda assim, a mulher era considerada um “ser” inferior.

²⁰ Alguns estudos apontam que homens e mulheres primitivos tinham a mesma força física, a partir do momento em que os homens caçavam e tinham o dever de prover alimento é que foram desenvolvendo uma força maior, enquanto as mulheres tinham o papel de procriar e cuidar dos filhos, dessa forma, desenvolvendo menos essa força. REED (2008) coloca que essas diferenças não são biológicas, e sim sociais, nas quais a mulher é cerceada de seus direitos de exercer atividades na vida pública, sendo exaltada apenas pelas suas atribuições naturais e animais, centradas na maternidade.

De acordo com Badinter (1985), na segunda metade do século XVIII, houveram muitas mudanças da condição feminina. As mulheres, ainda que somente das classes mais favorecidas, conseguiram obter uma certa autonomia intelectual e puderam atuar na vida pública. Mas ainda que essas mudanças fossem significativas, as mulheres ainda não adquiriram direitos à igualdade e liberdade.

Na Revolução Industrial, no século XIX, a mão de obra feminina era significativa, contudo, marcada por jornadas de trabalho extensas e mal remuneradas. Diante disso, as mulheres se organizaram para lutar pelos seus direitos enquanto trabalhadoras (YALOM, 2002). No período marcado pela Primeira e Segunda Guerras Mundiais, a mulher foi valorizada enquanto trabalhadora, e conquistou um espaço significativo no campo público. Com o final das Guerras, os homens retornaram ao mercado de trabalho e diante disso, mais uma vez os avanços femininos foram limitados, e elas sofreram grande pressão para que voltassem a ocupar exclusivamente o âmbito privado (YALOM, 2002).

A forma como homens e mulheres devem se comportar é determinado de acordo com as “relações de gênero” definidas pela cultura. O conceito de gênero, então, é uma categoria analítica historicamente determinada, construída através de um processo cultural, como coloca Joan Scott (1995). Entende-se gênero aqui como categoria analítica que indica que a feminilidade e a masculinidade são construções sociais, ou seja, o termo “gênero” é o sexo biológico significado (SCOTT, 1995). Tal construção é histórica, resultante de um processo cultural que atribui diferentes papéis sociais para homens e mulheres (SCOTT, 1995). Nasceram assim, de forma naturalizada, um direcionamento às mulheres para o cuidado: da casa, dos filhos, e da família, ou seja, a mulher tem o papel social de cuidar do outro, esquecendo-se inclusive de cuidar de si mesma (RISCADO *et al*, 2010).

2.2.3 Realidade e desafios às mulheres brasileiras

Oliveira *et al* (2012) coloca que a sociedade patriarcal impõe papéis que a mulher deve seguir, como por exemplo: reproduzir, cuidar dos filhos, ensinar valores que vão formar o caráter dos filhos, ou seja, a imagem da mulher é o estereótipo de bondade e pureza²¹. Simone

²¹ Estas funções da mulher perante a sociedade já foram debatidas anteriormente por algumas autoras. Simone de Beauvoir, em 1949, publicou “O segundo sexo”, onde ela analisa a condição da mulher, a hierarquia dos sexos e a opressão.

de Beauvoir (1949) foi a primeira autora a questionar o lugar da mulher em relação ao homem, a sua posição inferior na sociedade e na cultura, verificando que a mulher tem um papel social de ordem moral, ou seja, essa construção social do feminino influencia a forma como a sociedade enxerga a mulher.

A partir do século XX, o feminismo se fortalece como movimento político, enquanto luta das mulheres para ocupar seu espaço, diante de uma sociedade machista e desigual. O início do movimento no Brasil é datado de 1910, com a participação das mulheres nos movimentos socialistas, anarquistas e artísticos; a década de 1930 é marcada pelo sufrágio feminino; a década de 1940, após o fim da Guerra Mundial, as mulheres participam de sindicatos e partidos políticos (CARREIRA; AJAMIL; MOREIRA, 2001).

As três últimas décadas são marcadas por grandes avanços na história das mulheres brasileiras. O movimento feminista tanto brasileiro quanto mundial vem mudando constantemente, isso porque as necessidades mudam, a sociedade muda, as demandas mudam, as conquistas mudam, ou seja, o feminismo do século XIX, do movimento sufragista mudou no decorrer das décadas. É importante destacar que o movimento feminista brasileiro não acontece de maneira isolada do resto do mundo, por esse motivo, aqui será tratado de maneira a relacionar-se com o resto do mundo.

A década de 1960, definida pelo golpe militar, bloqueou a participação das mulheres e de todos os movimentos sociais. Foi na década de 1970 que o movimento das mulheres periféricas, formaram mobilizações comunitários para lutar por direitos, como creche, saneamento e transporte e a partir de 1975 através da I Conferência sobre a Mulher, no México, o feminismo ganha força. A partir da década de 1980, aumenta a participação das mulheres no sindicalismo, instituição dos Conselhos Estaduais e Nacional da Condição Feminina e Delegacias da Mulher e casos de violência contra a mulher são denunciados. Nessa mesma década surgem grupos de Estudo de Gênero nas Universidades e instauração do Plano de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde (CARREIRA; AJAMIL; MOREIRA, 2001). O PAISM muda as ações existentes até então, e passa a enxergar a mulher em todas as diferentes etapas da vida, a sua proposta é de incorporar os princípios do SUS, e garantir um atendimento que valorizasse e respeitasse os direitos da mulher, considerando as questões de gênero (AUAD, 2003).

A década de 1990 é destacada pelo reconhecimento da diversidade de mulheres, criação de casas de apoio para mulheres em situação de vulnerabilidade e vítimas de opressão

e violência, bem como redes feministas que coordenam entidades em benefício da saúde das mulheres, parto humanizado, fim da violência de gênero, e o movimento ganha espaço nas conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) (CARREIRA; AJAMIL; MOREIRA, 2001). Apesar dos avanços do movimento feminista no Brasil e das notórias conquistas no âmbito político e social, ainda hoje, muitos desses progressos mencionados não estão completamente implementados e ser mulher ainda representa sofrer discriminação em vários níveis.

Esse processo de luta teve continuidade na década de 2000. Aumentaram os avanços legislativos, mediante as organizações e movimentos feministas, além da consolidação de programas governamentais de redução da pobreza, que tiveram repercussões positivas na vida da população feminina brasileira (BARSTED; PITANGUY, 2011). Contudo, Barsted & Pitanguy (2011, p. 16) colocam que “as dificuldades diante dos direitos sexuais e reprodutivos no acesso ao trabalho à ascensão profissional e aos recursos produtivos, a persistência da violência de gênero, entre outras questões, agravadas quando se introduz a dimensão étnica e racial” ainda constituem uma realidade a ser enfrentada pelas mulheres.

No ano de 2002 destaca-se a criação da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, que atualmente é a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SEPM) e em 2006 foi aprovada a Lei Maria da Penha (nº 11.340), que marca um grande avanço no cumprimento do direito constitucional na garantia de direitos das mulheres (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Na atual conjuntura política brasileira, diante do *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, a Medida Provisória nº 726, determina uma nova estrutura de organização dos Ministérios, dessa forma, o documento extingue o Ministério das Mulheres e a SEPM associa-se com o Ministério da Justiça e Cidadania. Sendo assim, o momento é de fragilidade e de grandes desafios para o país. Segundo Barsted e Pitanguy (2011), ainda existe uma grande trajetória a ser realizada para que a lei não seja tão distante da realidade.

Na sociedade atual, a mulher ocupou e vem ocupando diversos espaços, nos campos econômico, político, social e cultural. Contudo, o papel da mulher ainda vem sendo questionado e os preconceitos que atravessam são encontrados de diversas formas, como as diferenças salariais, no acesso à direitos, como saúde e educação, por exemplo (SABINO; LIMA; 2015).

Dessa forma, sendo gênero uma construção social que gere a vida das pessoas, é importante levar em consideração as particularidades, assim como o contexto social e a forma como se relaciona ao alcoolismo.

2.3 Gênero e alcoolismo

De acordo com Silva e Lyra (2015), algumas mulheres iniciam o uso de bebidas alcoólicas para socialização e prazer, contudo, a dependência do álcool acarreta preconceito e o rechaço das pessoas, causando, em contrapartida, a solidão, pela intolerância social. Isso se dá pela idealização da forma como as mulheres devem ser e assim, o alcoolismo é uma das coisas não esperadas ou ainda, segundo Gomes (2010), configura-se como aquilo que é intolerável na feminilidade. Nóbrega e Oliveira (2005, p.817) colocam que:

De maneira geral, as mulheres consomem álcool de forma menos frequente do que os homens. Apesar da menor pressão social para iniciar o consumo do álcool, em detrimento da maior pressão para parar o uso, o julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo muito árduo.

São vários os motivos que podem levar a mulher à dependência química, como serem criadas por pais dependentes químicos, vivências abuso sexual, companheiros usuários de drogas e vítimas de violência (RODRIGUES; NAKANO, 2007). Muitas vezes, a iniciação no uso de drogas se dá por influência de companheiros ou amigos (MEDEIROS *et al*, 2015). Junto com o uso abusivo de drogas encontra-se a violência contra a mulher, é um fator que desencadeia e influencia a dependência química, utilizada para fugir, de certa forma, da realidade e da situação de violência familiar (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

Contudo, a forma como a sociedade lida com o alcoolismo feminino, parece ser muito mais agressiva do que quando se trata do alcoolismo masculino (OLIVEIRA *et al*, 2012). O receio do julgamento social, faz com que as mulheres tentem esconder esse consumo (ESPER *et al*, 2013). Significa dizer que o alcoolismo é mais aceito socialmente quando masculino, do que quando feminino (RABASQUINHO; PEREIRA, 2007).

Os conflitos morais que permeiam a consciência da mulher são diferentes dos que permeiam os homens, entre as mulheres existe uma tensão entre o consumo alcoólico e o não exercício do seu papel enquanto mãe e esposa, enquanto para os homens, essa tensão existe na

relação do trabalho, e do seu papel de provedor da família (ALZUGUIR, 2014). A mulher alcoolista é identificada como aquela que não cumpre de forma adequada o seu papel social de mãe e esposa (ESPER *et al*, 2013).

O aumento de consumo de drogas nas mulheres, apesar de ainda ser menor em relação aos homens, é visto com um desafio as políticas públicas de saúde (MEDEIROS *et al*, 2015). Se o dependente de álcool e outras drogas é marginalizado, quando se trata das mulheres, essa marginalização é ainda maior, por não cumprirem a sua função social e serem vistas como promíscuas (MEDEIROS *et al*, 2015). Essa marginalização impacta a procura e permanência dessas mulheres nos serviços de tratamento (MEDEIROS *et al*, 2015).

Costa *et al* (2015) coloca que os filhos podem ser um fator que motiva a mulher a querer sair dessa situação, contudo, Badinter (1985) questiona esse “amor materno”, que para ela, não é um sentimento intrínseco à mulher, mas sim fruto de um comportamento social. Ou seja, a premissa de que os filhos se apresentam como um condutor de saída da situação do alcoolismo não é verdadeira. Nóbrega e Oliveira (2005) destacam que a sociedade tem uma visão preconceituosa em relação as mulheres alcoolistas, e essa estigmatização influencia a menor procura por tratamento. É como se a mulher não tivesse cumprido o papel social que lhe foi atribuído.

Alguns autores colocam que os homens que utilizam álcool de forma abusiva recebem mais apoio familiar que as mulheres e isso faz com que as mulheres busquem menos tratamento em comparação aos homens. (RABELLO; JÚNIOR, 2007). Sendo assim, podemos afirmar que a família participa menos como incentivadora do tratamento da mulher, do que do homem (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Biologicamente, as mulheres são menos tolerantes a essa substância em relação aos homens, podendo desenvolver complicações clínicas com maior facilidade e apresentar doenças com maior rapidez (OLIVEIRA *et al*, 2012). Estudos apontam que a mulher é mais suscetível à absorção do álcool no organismo, devido a maior proporção de gordura corporal e menor quantidade de água no organismo, quando comparada ao organismo masculino (OLIVEIRA *et al*, 2012).

É importante destacar que devido a ação do álcool no corpo da mulher ser diferente no corpo do homem, assim como os riscos da ingestão durante a gestação é necessário um atendimento diferenciado para esse público (OLIVEIRA *et al*, 2012). A gravidez é considerada um fator de risco, levando em conta a dificuldade de acesso aos serviços públicos

devido à situação de vulnerabilidade da mulher e dos riscos trazidos para ela e para o bebê (COSTA *et al*, 2015).

No Brasil, no início do século XX, o alcoolismo foi alvo de campanhas direcionadas aos homens, visto que o homem deveria ser o provedor da casa, enquanto a mulher deveria ser a dona de casa, cuidar dos filhos e do marido (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015), o que nos faz enxergar os estereótipos de gênero e o estigma do alcoolismo.

Sabe-se que durante muitos anos a dependência química assim como o alcoolismo foram consideradas doenças masculinas. Isso porque, tanto culturalmente como socialmente, os homens tinham mais acesso ao álcool e a outras drogas (OLIVEIRA *et al*, 2016). Apesar disso, existem estudos no Brasil que demonstram que o número de mulheres que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas vem crescendo e acarretando uma série de problemas de saúde, psicológicos e sociais relacionados a esse consumo (MEDEIROS *et al*, 2015). Contudo, o número de estudos que correlacionam gênero e uso de drogas lícitas e ilícitas ainda é incipiente.

Existem muitos estudos em relação ao alcoolismo masculino, mas ainda pouco se sabe a respeito do alcoolismo nas mulheres (OLIVEIRA *et al*, 2012). Isso porque, durante muito tempo, existia a ideia de que o uso abusivo de drogas era restrito ao gênero masculino, devido a aspectos culturais e sociais (MEDEIROS *et al*, 2015). Hoje em dia, a dependência química é entendida com um fenômeno que engloba todos os grupos sociais (MEDEIROS *et al*, 2015).

De acordo com Esper *et al* (2013), existem diferenças de gênero relacionadas ao consumo de álcool em diferentes sociedades. As mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam maior número de abstinentes e consomem menores quantidades desta substância. A prevalência de uso abusivo de álcool parece ser significativamente maior entre os homens, porém, houve um aumento importante no consumo alcoólico feminino (ESPER *et al*, 2013). Alguns autores atribuem esse aumento à conquista da igualdade de direitos, através dos movimentos feministas, que junto com as mudanças no estilo de vida das mulheres, adquiriram novos papéis e responsabilidades (ASSIS; CASTRO, 2010). Outra evidência encontrada na literatura a respeito do aumento do consumo de álcool entre as mulheres é que, elas parecem encontrar um apoio emocional nesse consumo, enquanto o uso entre os homens parece estar relacionado, em maior proporção, a momentos de lazer (ESPER *et al*, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2008, houve um aumento da

quantidade de mulheres fazendo uso abusivo do álcool. A análise apontou que, em 2008, o percentual de consumo abusivo de álcool foi de 10,5%, contra 9,3% em 2007 e 8,1% em 2006. De acordo com esses estudos percebe-se que o número de mulheres que consomem álcool vem aumentando ao longo dos anos.

Gomes (2010) coloca que a falta de estudos a respeito do alcoolismo feminino, fazem com que o assunto seja uma espécie de “enigma a ser desvendado”. Assim, é dada a importância de um estudo a respeito desse tema, que ainda hoje é pouco problematizado. Alguns estudos sugerem que os papéis sociais destinados a cada gênero e o alcoolismo, tem uma relação estreita, permeada por diversos fatores, os estereótipos sociais influenciam a expressão da saúde mental (RABASQUINHO; PEREIRA, 2007).

Dessa forma, o próximo capítulo trará as discussões e as contribuições dos autores da área de Saúde a respeito do alcoolismo feminino, em relação ao que tem sido produzido nessa área a respeito do tema.

CAPITULO 3

CONTRIBUIÇÕES DA ÁREA DE SAÚDE PARA A DISCUSSÃO DO ALCOOLISMO FEMININO:

UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

Esse capítulo destina-se a analisar as produções em periódicos da área de Saúde em relação a gênero e alcoolismo. Para isso, foram divididas três categorias, sendo elas: desigualdades de gênero; procura por tratamento e o sistema de saúde; e violência intrafamiliar. Essas categorias deram origem a três tópicos, sendo que o primeiro trata do alcoolismo como problema masculino; o segundo trata das motivações que levam a mulher a iniciar o consumo abusivo do álcool e o terceiro traz argumentos a respeito do que motiva a mulher a buscar tratamento. Em todos os tópicos, serão destacadas as questões de gênero que permeiam essas ideias.

A fim de introduzir a análise, destaca-se que foram encontrados 13 artigos nos periódicos da área citada. Os artigos foram encontrados por meio das seguintes palavras chaves: alcoolismo feminino; gênero e álcool; mulher e alcoolismo. Os anos de publicação dos artigos encontrados na busca dos periódicos variaram entre os anos de 2005 a 2016, o que reitera que a discussão é nova e recente. O quadro abaixo sistematiza resumidamente os artigos encontrados e analisados no presente capítulo.

Quadro 2 - Artigos incluídos na revisão: autor, periódico, título, ano de publicação e metodologia.

Autor	Periódico	Título do artigo	Ano de publicação	Metodologia
Nóbrega & Oliveira	Rev. Saúde Pública	Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa	2005	Estudo qualitativo. Utilizou a estratégia metodológica de “história de vida” com 13 mulheres em tratamento ambulatorial. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Cesar	J Bras Psiquiatria	Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades Resultados preliminares	2006	Estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove mulheres que se tratavam no serviço de alcoolismo de uma instituição pública.
Souza; Lima; Santos	Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem	Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem	2008	Estudo qualitativo. Utilizou o Método de História de Vida.
Assis & Castro	Textos & Contextos	Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento	2010	Estudo descritivo. Pesquisa com 15 mulheres de um Ambulatório de Saúde Mental, utilizando formulário estruturado e entrevista semiestruturada.
Campos & Reis	Interface – Comunicação, Saúde, Educ.	Representações sobre o uso do álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo	2010	Estudo qualitativo. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com mulheres que fazem uso considerado abusivo de álcool.
Santos & Silva	Rev. Esc Enfermagem USP	A experiência de cuidar da mulher alcoólista da família	2011	Estudo qualitativo. Estudo de caso, com dados coletados através de entrevistas semiestruturadas.
Berenzon <i>et al</i>	Rev. Brasileira de Psiquiatria	Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados	2011	Seiscentos pacientes tratados por problemas ligados ao álcool em serviços ambulatórios de saúde no México foram avaliados com o Módulo sobre Abuso de Substâncias da

				Composite International Diagnostic Interview.
Pereira	Rev. Serviço Social e Sociedade	Produção científica no Brasil sobre álcool e mulher: uma revisão bibliográfica	2012	Realizou-se uma pesquisa bibliográfica para o levantamento da literatura científica brasileira que faz referência ao uso de álcool pelas mulheres.
Oliveira et al	Rev. Gaúcha Enfermagem	Consumo abusivo de álcool em mulheres	2012	Estudo descritivo e exploratório. Com mulheres atendidas em um Hospital de Ensino do Noroeste do Paraná por abuso de álcool.
Esper <i>et al</i>	Rev. Gaúcha Enfermagem	Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas	2013	Estudo quantitativo e descritivo. Os dados foram coletados em prontuários de mulheres com transtornos relacionados ao álcool, atendidas em serviço psiquiátrico ambulatorial.
Alzuguir	Physis Revista de Saúde Coletiva	A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras”	2014	Entrevista com 20 pacientes de um serviço público de saúde, 10 homens e 10 mulheres.
Silva & Lyra	Saúde Debate	O beber feminino: socialização e solidão	2015	Estudo qualitativo. É ancorado à teoria das representações sociais, utilizando questionário e entrevista em profundidade
Oliveira <i>et al</i>	J. res.: Fudam. Care	Estudo das percepções de mulheres em idade	2016	Estudo quantitativo. Entrevista

		fértil sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez como proposta para sistematização de práticas de ensino pela enfermagem para a prevenção dos transtornos do espectro alcoólico fetal		estruturada com 99 mulheres da Universidade Estácio de Sá.
--	--	---	--	--

A seguir serão abordadas as análises dos periódicos, a partir das discussões de gênero e alcoolismo neles realizados.

3.1 Gênero e alcoolismo: o que tem sido produzido na área de Saúde

A leitura dos artigos permitiu perceber que as contribuições trazidas em relação ao gênero e alcoolismo são centralizadas nos seguintes elementos, que compuseram a organização das discussões dos artigos encontrados e que estão refletidos transversalmente nos três tópicos desse capítulo:

- 1) **Desigualdades de gênero:** consistiu em identificar os aspectos colocados pelos autores que diferenciam o tratamento e a visão dedicada às mulheres alcoolistas nos artigos analisados. Observou-se que essas diferenças destacadas em sua maioria não são biológicas, mas sim fruto de uma construção social de gênero que impacta todos os âmbitos sociais e culturais.
- 2) **Procura por tratamento e o sistema de saúde:** identificou-se aqui quais os motivos trazidos pelos autores que levam a mulher a buscar um tratamento (ou não) para o alcoolismo em algum serviço de saúde, assim como qual a perspectiva desses autores em relação aos serviços de saúde e sua eficácia.
- 3) **Violência intrafamiliar e o consumo de álcool:** aqui fica evidenciada a questão da violência e sua relação com o alcoolismo, especialmente no âmbito familiar. Pela

narrativa dos autores, destaca-se que a violência, em sua maioria, ocorre no meio familiar.

3.1.1 Alcoolismo como um problema masculino

Em relação as desigualdades de gênero, Cesar (2006), coloca que durante muito tempo o alcoolismo foi analisado como um problema masculino. O autor infere que essa relação pode ser associada à moralidade, ou seja, a mulher que bebe sofre um estigma maior do que o homem. Cesar (2006) discorre sobre diferenças de gênero no alcoolismo e coloca que “as expressões desses comportamentos são originadas na formação, na educação de meninos e meninas, quando a identidade de gênero vai se constituindo” (Robbins; Martin, 1993 *apud* Cesar, 2006, p. 210).

Berenzon *et al* (2011) aponta outra diferença decorrente da socialização desigual baseada no gênero: as mulheres apresentaram mais dificuldades em efetuar tarefas diárias, em relação aos homens; estes por outro lado, enfrentariam mais problemas jurídicos.

Até o século XX, as campanhas do alcoolismo eram voltadas ao público masculino, reafirmando a ideia de que a doença é masculina, invisibilizando assim o problema feminino. Nos dias de hoje essa ideia ainda permeia o imaginário social, apesar dos dados apontarem que cresce o número de mulheres que consomem álcool de forma abusiva.

A preocupação com o alcoolismo feminino é destacada principalmente nos debates focados na gravidez, reafirmando que a preocupação com a mulher no que diz respeito à sua saúde é centralizada à saúde sexual e reprodutiva em detrimento de outras dimensões da sua vida. Mais uma vez é confirmado o papel social da mulher, de mãe e reprodutora.

O fator gravidez é um tema presente nas contribuições dos autores. Cesar (2006); Esper *et al* (2013); Santos e Silva (2011); Pereira (2012); Oliveira *et al* (2016) e Oliveira *et al* (2012) colocam que o consumo abusivo do álcool traz diversas consequências tanto para o feto quanto para a mulher, tais como risco de malformações, comprometimento do parto e parto prematuro. A maternidade, em geral, é colocada pelo senso comum como algo inerente à mulher, é visto de forma romantizada, e devido a isso, a mulher que não cumpre esse papel da forma como se espera socialmente, é estigmatizada. Além disso, é possível perceber que a

própria mulher se enxerga de forma insatisfatória e se sente culpada por não estar desempenhando esse dever.

“Ou seja, a mulher que bebe de maneira considerada abusiva comporta-se de maneira oposta à mulher considerada “honesta”, isto é, aquela que cumpre seu papel social de “esposa” e “mãe”, que cuida dos filhos, ao mesmo tempo em que zela pela ordem da casa, de maneira a que tudo permaneça em seu lugar” (CAMPOS; REIS, 2010, p. 543).

Esse papel é histórico e permeia a sociedade desde os tempos antigos, quando pensamos na antiguidade, por exemplo, o papel aceito e destinado à mulher era o de esposa e conseqüentemente, de mãe. A reprodução e a sexualidade da mulher sempre foram reafirmadas como os aspectos centrais de sua vida, em detrimento das outras dimensões da vida.

O fator “vergonha” também é destacado nos artigos, levando em conta a moralidade com a qual é tratada a questão do alcoolismo. Alzuguir (2014) destaca essa moral no âmbito da assistência à saúde e segundo ela, a evidência dessa moral reflete como o indivíduo se reconhece enquanto sujeito. De acordo com a autora, esse tratamento moral reflete em relação ao gênero, uma vez que para as mulheres essa moral é cercada de aspectos de natureza privada, como a não efetivação do cuidado com os filhos e/ou marido. A autora destaca ainda que “(...) a naturalização do alcoolismo como uma doença do indivíduo é apenas uma face de uma configuração cultural mais ampla, que estrutura seus discursos e práticas sobre a bebida” (ALZUGUIR, 2014, p. 26).

Compreendendo que a questão do alcoolismo é ampla e complexa e não se limita à sujeita, entende-se que se trata de um problema de cunho social, que, para as mulheres, é determinante na forma como a sua identidade é estabelecida.

As análises demonstram a perda do suporte social, que pode ser percebida para além do âmbito familiar, mas também, nas amizades, devido a essa intolerância social ao beber feminino. Família e trabalho aparecem como os valores principais no aspecto de dar valia ao indivíduo social, dessa forma, a culpa da mulher alcoolista emerge por não se ocupar do papel de “mãe” e “dona de casa”. O alcoolismo compromete a confiança da família, isso porque a mulher deixa de cumprir com as suas “obrigações em casa”. Santos e Silva (2012) destacam que a mulher é sobrecarregada e tem de exercer diversas funções no âmbito familiar.

Na análise do conteúdo dos artigos é possível inferir que o significado do alcoolismo feminino na sociedade ainda é muito complexo, muitas vezes é destinada à essas mulheres a

solidão, levando em conta que a intolerância para com o problema feminino é identificada nos mais variados âmbitos de sua vida, principalmente no meio familiar e social.

3.1.2 O que as leva a beber?

Alguns aspectos são citados pela literatura como supostamente relacionados ao crescimento do consumo de álcool pelas mulheres, como por exemplo, as transformações no cenário social, a conquista de novos espaços pelas mulheres, como a inserção no campo público e político e no trabalho (PEREIRA, 2012). Essas transformações da mulher na sociedade aparecem como possível argumento para explicar o aumento o alcoolismo feminino, caracterizando-se pelo relevante aumento de mulheres exercendo os historicamente “papéis” ditos masculinos.

Apesar de Assis e Castro (2010) constatarem em seus estudos que as mulheres podem iniciar o consumo do álcool precocemente, entre a infância e a adolescência, as autoras destacam que as mulheres tendem a iniciar esse consumo mais tarde, na fase adulta (SILVA; LYRA, 2015).

A dupla jornada de trabalho aparece como incitador do consumo abusivo do álcool (SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005). A cobrança do exercício de um papel atribuído à mulher faz com que, muitas vezes, elas sintam culpa por não estarem cumprindo seu “papel social”, enquanto mãe ou esposa, por exemplo (CESAR, 2006; PEREIRA, 2012).

Problemas de ordem familiar também aparece nos artigos como fator que influencia o consumo do álcool, a família pode estar fragilizada e, possivelmente, despreparada para enfrentar o problema do alcoolismo. Assis e Castro (2010) acreditam que o fato de estar em um meio familiar no qual existe alguém que faz uso abusivo do álcool seja um elemento que desperte o “início do beber”, ou seja, os autores argumentam que a família pode ser condescendente em relação ao uso da bebida alcoólica. Muitas vezes, esse consumo é realizado dentro desse meio (CAMPOS; REIS, 2010).

Em relação ao fator violência existe uma correlação forte entre o consumo abusivo de álcool e episódios de violência e agressão, tanto por parte do agressor quanto pelo agredido, segundo Pereira (2012, p. 247):

A violência e o consumo de drogas no ambiente familiar e no contexto sociocultural se constituem aspectos do cotidiano dos sujeitos que possivelmente induziram as mulheres a se tornarem dependentes e influenciaram o seu papel de mãe. O álcool age frequentemente como um desinibidor, facilitando a violência e aumentando a frequência nos episódios de agressões, reduzindo o controle dos impulsos e aumentando os pensamentos paranoicos. As estatísticas apontam que em cerca de 15 a 66% de todos os homicídios e agressões o agressor, vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas.

No estudo realizado por Cesar (2006) coloca-se que ser vítima de violência física ou sexual pode estar relacionado ao consumo de álcool por parte das mulheres: “a alta taxa de mulheres vítimas de violência física/ sexual na infância/adolescência, coincidindo com o fato de começarem a beber naquela ocasião, foi dado relevante da pesquisa e aponta a perspectiva de que a violência pode contribuir para gerar alcoolismo” (Cesar, 2006, p. 210). Assim como algumas delas também são ou foram vítimas de violência pelos companheiros. Segundo Oliveira *et al* (2012), o álcool aparece relacionado a cerca de 70% das situações de violência doméstica.

Em contrapartida, ainda que não haja violência física, questões de cunho familiar são incentivadoras do consumo abusivo de álcool, como brigas, desavenças, morte de algum familiar próximo; o álcool aparece também como fuga da pobreza (SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008). Ou seja, esse prazer que, inicialmente o álcool proporciona, é seguida de um distanciamento das pessoas, devido ao preconceito existente (SILVA; LYRA, 2015). Assim, pode-se afirmar que:

As motivações que contribuem para o início do beber alcoólico, associado a eventos da vida, são múltiplas, destacando-se, entre outras: família, amigos, pressão do grupo social, violência doméstica, conflitos pessoais, fuga de problemas, prazer, busca de alternativa de vida (ASSIS; CASTRO, 2010, p. 365).

De acordo com Esper *et al* (2013), o receio do julgamento faz com que as mulheres não procurem tratamento para o alcoolismo, dessa forma, dificultando a identificação da demanda por parte dos profissionais de saúde. Berenzon *et al* (2011) também enfatiza que tais diferenças entre homens e mulheres determinam uma maior busca por tratamentos:

O consumo de álcool por homens foi associado a comportamento antissocial, ao passo que os problemas decorrentes do uso de álcool entre as mulheres tendem a se caracterizar por isolamento, depressão e ansiedade. Observou-se, além disso, que os homens buscam ajuda profissional com maior frequência que as mulheres (BERENZON *et al*, 2011, p.110).

Ou mesmo, de acordo com Cesar, não explicitam o problema, ao procurar os serviços médicos:

Não é incomum mulheres procurarem os serviços de saúde com queixas vagas, encobrendo o real problema que as afeta. Mulheres alcoolistas tendem a procurar serviços de clínica ginecológica ou médica referindo-se a sintomas físicos ginecológicos ou a sintomas psíquicos, como ansiedade ou depressão, sem, contudo, revelar seu problema de alcoolismo (CESAR, 2006, p. 210).

Cesar (2006) ainda discorre sobre a necessidade de ser levada em conta as particularidades do alcoolismo na mulher nos serviços de saúde, para que o tratamento seja eficaz e mais humanizado, destacando a importância de uma atenção especializada para as mulheres alcoolistas.

Pode-se pensar de acordo com os argumentos trazidos pelos autores, que as causas que levam as mulheres a iniciar o consumo abusivo do álcool estão relacionadas principalmente à aspectos familiares e a ocorrência de violência intrafamiliar. Essa constatação nos permite apontar que a família aparece como eixo central nessa discussão, nos levando a identificar mais uma vez a destinação social dos papéis, colocando a mulher no âmbito privado em detrimento do público, funcionalmente colocada como esposa e mãe, isenta de sua autonomia e colocada em um estereótipo de cuidado e bondade e ainda, amordaçada pelas diversas formas de violência as quais estão submetidas no decorrer de suas vidas.

3.1.3 O que as leva a parar (ou não) de beber?

Berenzon *et al* (2011) explica que de acordo com a sua pesquisa, os homens são menos propícios a controlar o uso abusivo do que as mulheres. E no que se refere as tentativas de manter-se abstinente: “Em mulheres, abuso e uso prejudicial manifestam-se principalmente por meio de esforços múltiplos e fúteis para parar de beber, enquanto entre os homens os sintomas mais frequentes são abstinência e perda de controle” (BERENZON *et al*, 2011, p.114).

Dessa forma, o que ocorre é que apesar da menor influência que a mulher sofre para iniciar o consumo de álcool, essa influência para que interrompa o consumo é maior do que em relação ao homem. Isso porque a repressão é maior para com a mulher. Segundo Oliveira

et al (2012), é como se, socialmente, em certa medida, fosse aceitável para o homem, porém, inadmissível para a mulher.

Berenzon *et al* (2011), destacam que a identificação do alcoolismo em mulheres poderia ser otimizada caso as particularidades de gênero fossem consideradas. Ao se pensar no tratamento ambulatorial como possibilidade para que essa mulher de fato tenha uma atenção qualificada, é necessário entender que cada sujeita possui a sua individualidade e levar em conta os aspectos que contribuíram para essa situação, para que seja eficaz.

É mister destacar a importância do atendimento personalizado aos usuários de bebidas alcoólicas e outras drogas. A grande dimensão territorial que possuímos, aliada à pobreza, falta de segurança, educação básica e estrutura econômica, é, indubitavelmente, um fator dificultador. Além de apresentar-se distintamente nas diversas sociedades, também influencia, diferentemente, cada indivíduo em particular (SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008, p. 626).

É de extrema importância que existam políticas públicas que visem a redução do consumo do álcool, para que o alcoolismo seja prevenido, assim como melhorias dos serviços de saúde, buscando uma atenção otimizada à essas mulheres. Assim como ampliar a veiculação dos danos à saúde que são causados pelo álcool através de campanhas. O problema do alcoolismo perpassa todos os âmbitos da vida, para além da questão de saúde. A escassez de políticas públicas para o atendimento das mulheres somada ao preconceito e estigma social dificulta a procura por tratamento.

Os problemas relacionados ao uso e abuso de bebidas alcoólicas não podem ser tratados apenas segundo o enfoque de saúde/doença, pois perpassam as esferas da educação, justiça, de desenvolvimento e social, demandando um envolvimento coletivo, para que esta política seja efetivamente colocada em prática (SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008, p.625).

Ao pensarmos no CAPS ad como uma possibilidade de tratamento dessas mulheres, é necessário que se discuta ações de alcance para além da individualidade das sujeitas imersas nesse problema, compreendendo dessa maneira a coletividade e a integralidade, ou seja, a sociedade na qual ela se insere. Dessa forma, é possível pensar em um tratamento que leve em conta também as desigualdades de gênero.

De acordo com SOUZA, LIMA e SANTOS (2008), é necessário também que a família seja apoiada e orientada a respeito do alcoolismo como problema de saúde. Santos e Silva

(2012) colocam que no ambiente familiar os aspectos negativos que permeiam a vida da mulher alcoolista são evidenciados:

Na maioria dos casos, a família mantém a esperança de que a pessoa um dia irá parar de beber, mas, quando isso não acontece, podem ocorrer rupturas das relações intrafamiliares, sendo comum a expressão de sentimentos ambivalentes, os quais oscilam entre o sofrimento e a esperança, o amor e o ódio, a satisfação e a insatisfação (SANTOS; SILVA, 2012, p. 366).

Santos e Silva (2012) refletem que os princípios, convicções e as crenças familiares impactam na forma como é dado o tratamento da mulher alcoolista, que difere do homem no sentido do consumo do álcool ser considerado algo masculino. Segundo os autores:

Essa mesma postura pode ser observada na sociedade de um modo geral e, particularmente entre alguns profissionais da saúde que referem dificuldades para cuidar de pessoas alcoolistas e associam com os valores e as crenças da própria família. Possivelmente movidos por esses valores consideram a mulher alcoolista como imoral e seu comportamento como inadequado, aumentando cada vez mais o sofrimento e o estigma social em relação a essas pessoas (SANTOS; SILVA, 2012, p. 369).

Vale destacar que os argumentos colocados pelos autores pesquisados apontam que a família, mais uma vez, aparece relacionada aos motivos que levam as mulheres a procurar por tratamento. Os serviços de saúde aparecem como eixo principal na questão do tratamento, reiterando assim a importância de uma política de saúde mental que leve em consideração as desigualdades sociais de gênero e os aspectos patriarcais de estruturação da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho a proposta foi analisar as contribuições da área de Saúde a respeito do tema gênero e alcoolismo, partindo da hipótese de que o gênero exerce influência no processo de alcoolismo, desde o início do beber até a procura por tratamento.

Através dos diversos movimentos sociais no campo da saúde, entre os anos 1970 e 1980, várias transformações foram firmadas nessa área, consolidadas na Constituição Federal de 1988. A saúde mental enfrentou e enfrenta inúmeros desafios desde a sua instauração até a sua consolidação, porque diz respeito a uma nova maneira de entender os indivíduos envolvidos e a forma de lidar com a questão não só do alcoolismo, mas da dependência química em geral. Enfrenta-se, ainda hoje, diversos problemas em relação aos pensamentos tradicionais em relação ao álcool e a forma como a sociedade enxerga essa problemática.

A análise dos dados obtidos através da pesquisa bibliográfica indica que a hipótese se confirma, levando em conta que o gênero e suas particularidades, construídas socialmente, aparecem como fatores substanciais para a lida com alcoolismo. A pesquisa demonstrou ainda, que a relação entre gênero e alcoolismo, assim como o papel social da mulher, precisa ser mais questionado, uma vez que o preconceito reservado à alcoolista se faz muito maior simplesmente pelo fato de ser mulher.

Foi perceptível, ainda, o quanto esse tema é invisibilizado, fato que explica a baixa produção literária a respeito, contribuindo para que a intolerância e o preconceito sejam ainda constantes. Destaca-se o que o alcoolismo representa nas relações sociais e familiares das mulheres, porque além da questão de saúde pública, é também uma questão social. O alcoolismo feminino precisa ser analisado dentro da perspectiva de gênero, de forma ampliada, que inclua todas as relações individuais e coletivas da sujeita.

A linha de raciocínio dos autores demonstra que o fator gênero é central para o entendimento do alcoolismo, levando em conta que todos os outros elementos convergem para essa questão. Todas as problemáticas são agravadas simplesmente por ser mulher. Ou seja, as mulheres sofrem maior preconceito, violência e não possuem um serviço específico de atenção à saúde mental.

O número de unidades de CAPS e CAPS ad e profissionais ainda é insuficiente para atender a demanda, o que faz com que algumas unidades acabem sobrecarregadas, não conseguindo, dessa forma, oferecer uma atenção qualificada.

Foi observado, portanto, que apesar das bandeiras de luta colocadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica estarem se consolidando através de serviços que priorizam a desinstitucionalização do indivíduo, como os CAPS e CAPS ad, há ainda muito a avançar, em especial, no que diz respeito a desconstrução das desigualdades de gênero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D. O. Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática de enfermeira no CAPS ad. Rio de Janeiro, 2014.

ALVES, V.S.; LIMA, I, M, S, O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. R Disan, São Paulo. v. 13, n. 3, 2013.

ALZUGUIR, F. V. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras”. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. Dynamis Revista Tecnocientífica, Blumenau, v. 12, n. 47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ASSIS, D. F. F.; CASTRO, N. T. Alcoolismo feminino: o início do beber alcoólico e busca por tratamento. Textos & Contextos, v. 9, n. 2, Porto Alegre, 2010.

AUAD, D. Feminismo que história é essa? Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev. Esc Enfermagem USP, São Paulo, 2011.

BEAUVOIR, Simone. O segundo sexo: fatos e mitos. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.

BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010. ONU Mulheres Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito materno. 7ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL, Decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, setembro, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas, Brasília, 2000.

BRASIL, Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, agosto, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Brasília, DF, SENAD, 2006.

BRASIL, Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, setembro, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL, Decreto nº 7.426, de 07 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. Presidência da República, Brasília, janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério da Justiça e Cidadania. Brasília – DF, junho, 2016. <Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/a-secretaria>>

BRAVO, Maria Inês Souza & MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Organizadoras Leticia Batista Silva e Adriana Ramos. Campinas, SP: Papel Social, 2013, p.19-48.

BERENZON, S., et al. Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados. Revista Brasileira de Psiquiatria, Distrito Federal, 2011.

CAMPOS, E. A. Por que os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. Interface – Comunic, Saúde, Educ., v.13, n.28, São Paulo, 2009

CAMPOS E. A.; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. Interface – Comunic., Saúde, Educ.. v.14, n.34, São Paulo, 2010.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006

CARNEIRO, N. G. O. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para a psicanalista em Saúde Mental?. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo, v. 11, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000200003>.

CARREIRA, D. AJAMIL, M.; MOREIRA, T. (Org.). A liderança feminina no século 21: mudando o mundo. São Paulo: Cortez, 2001.

CARVALHO, Jônatas C. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional. Trabalho apresentado na VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011

CASTEL, R. (1998). As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário (I. D. Poletti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades – Resultados preliminares. J Bras Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2006.

CONTE, M. Construindo uma política voltada à abordagem do uso indevido de drogas. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 106-119, dez. 2001

CORREIA, Maria Valéria Costa & OMENA, Valéria Coêlho. A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, UFMA, 20 a 23 de agosto de 2013.

COSTA, S. L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. Saúde Soc., v. 24, n. 3, São Paulo, 2015

CRESWELL, J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ESPER, L. H., et. al. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso álcool: características sociodemográficas e clínicas. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200012 >

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. Editora Perspectiva S. A., 1978.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª edição. SÃO PAULO EDITORA ATLAS S.A., São Paulo, 2002. Disponível em: < https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf >

GOMES, K. V. A Dependência Química em Mulheres: figurações de um sintoma partilhado. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/pt-br.php> >.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação metodológica. 12. ed. São Paulo: Cortez; Lima-Peru: CELATS, 1998.

IPEA. Gasto Social Federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010. Brasília, setembro de 2012, n. 9.

IPEA. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília, agosto de 2016, n.26.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Revista Katál. Florianópolis v. 10, n. exp., 2007.

LISBOA, K. T. Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão. Rev. Katál. Florianópolis, v. 13 n. 1, 2010

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In:Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004, p. 1411-1416.

MEDEIROS, K. T. et. al. Vivências e Representações sobre o Crack: um Estudo com Mulheres Usuárias. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v20n3/2175-3563-psuf-20-03-00517.pdf> >. Acesso em: 20 maio 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2012.

MORAES, R. C. Neoliberalismo – de onde vem, para onde vai? Editora Senac, São Paulo, 2001.

MURARO, R. M.; BOFF, L. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002

NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. Vidas Errantes e Alcoolismo: uma questão social. São Paulo: Arte e Ciência, 2000

NÓBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26304.pdf> >. Acesso em: 20 maio 2016

OLIVEIRA, A. M., et al. Estudo de percepções de mulheres em idade fértil sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez como proposta para sistematização de práticas de ensino pela enfermagem para a prevenção dos transtornos do espectro alcoólico fetal. J. RES: fundamental care, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, G. C., et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/10.pdf> >. Acesso em 20 maio 2016.

OLIVEIRA, G. F.; LUCHESI, L. B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. Rev. Latino-Am. Enfermagem, São Paulo, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. Cuidados de Saúde Primários. Relatório Mundial de Saúde. Lisboa, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. [Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014](#). Genebra, Suíça, 2014.

PAIM, J. *et al.* Saúde no Brasil 1. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Salvador, 2011.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Novas configurações do “care” no brasil: um olhar para as mulheres no campo da saúde mental.** In: Temporalis, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 1337, jul./dez. 2014

PEREIRA, I. S. S. D. Produção científica no Brasil sobre álcool e mulher: uma revisão bibliográfica. Serviço Social Rev., v. 14, n.2, Londrina, 2012.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA; H. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. Análise psicológica, 2007

RABELLO, P. M.; JÚNIOR, A. F. C. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev Saúde Pública, São Paulo, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000600012&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 27 abril 2016.

REED, Evelyn. Sexo contra sexo ou classe contra classe. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2008.

RISCADO, J. L. S. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. Saúde Soc., v. 22, n. 2, São Paulo, 2010

ROCHA, R.M. Enfermagem em saúde mental. 2 ed. atual e ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005

RODRIGUES, D. T.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. Revista Brasil Enfermagem, Brasília, 2007

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Universidade Federal de Juiz de Fora. Ed. UFJF, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf>. Acesso em: 27 abril 2016.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Transtorno mental e o cuidado na família. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

SABINO, M. J. C.; LIMA, P. V. P. S. Igualdade de gênero no exercício do poder. Estudos Feministas, Florianópolis, 2015

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos pagu. Pp. 115 - 136 São Paulo, 2011

SANTOS, A. M.; SILVA, M. R. S. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. Rev. Esc. Enfermagem USP, São Paulo, 2011

SCOTT, J. W. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, 1995. Disponível em: <<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/SCOTTJoanGenero.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T.W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M. O beber feminino: socialização e solidão. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2015

SILVA, C. C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/ CAPS – AD. Ciência & Saúde

Coletiva, São Paulo, 2014. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000300737&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 01 junho 2016

SOUZA, J. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. Florianópolis, 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400002>.

SOUZA, J. G. A História de vida de mulheres alcoolistas... revelando a “insustentável vulnerabilidade do ser”: um estudo aplicado à prática profissional de enfermagem na saúde da mulher. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

SOUZA, L.G.S. ; MENANDRO, M. C. S.; MENANDRO, P. R. M. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015

SOUZA, J.G.; LIMA, J. M. B.; SANTOS, R.S. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional de enfermagem. Esc, Anna Nery Rev. Enfermagem, Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.

TELLES, V. Questão social: afinal do que se trata? São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 85-95, 1996.

VARGAS, D. *et al.* Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante o dependente químico Rev. Bras Enferm., Brasília, 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601063>

YALOM, M. A história da esposa: da virgem Maria a Madonna: o papel da mulher casada dos tempos bíblicos até hoje. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.