



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas- IH
Departamento de Serviço Social – SER

Consumo de álcool e violência doméstica contra a mulher.

Fabíola Fagundes dos Santos

Brasília, Dezembro de 2007.



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas- IH

Departamento de Serviço Social – SER

Consumo de álcool e violência doméstica contra a mulher.

Fabíola Fagundes dos Santos

Monografia apresentada como exigência para a obtenção do grau de assistente social, sob orientação da Professora Mestra Patrícia Pinheiro junto ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Brasília, Dezembro de 2007.

Agradecimentos

À Deus, por sempre guiar meus caminhos,

Aos meus pais e meus irmãos, companheiros de jornada terrena,

À toda a equipe do Programa de Atendimento ao Alcoolismo – HUB, pela atenção e pelos muitos momentos de crescimento e aprendizagem,

À Professora Patrícia, orientadora, pela paciência e atenção,

À Supervisora de Campo Claudia Regina Merçon de Vargas, que com sua força, conhecimento, disposição e paciência diante das minhas limitações permitiu abrir janelas e vivenciar o ser assistente social de um jeito ousado e comprometido com os pressupostos que norteiam a profissão,

À todas as integrantes do Grupo de Familiares , pela disponibilidade em expor sua intimidade,

Às minhas colegas de estágio, Marcela e Taís, pela cumplicidade em todos os momentos compartilhados nesta experiência,

A todos que contribuíram de alguma forma, com as vivências que culminaram neste trabalho.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar as interfaces na relação entre consumo de álcool e violência doméstica contra a mulher com base em depoimentos das integrantes do grupo de familiares do Programa de Atendimento ao Alcoolismo – PAA- HUB. Orienta-se pelo levantamento na literatura de informações sobre as categorias envolvidas, pelo levantamento de dados disponíveis nos prontuários das familiares integrantes do grupo e pela realização de entrevistas semi-estruturadas. Também buscou-se entender como estas mulheres percebem essa situação de violência, a dinâmica familiar na qual estão inseridas, assim como analisar as repercussões dessa situação em seu cotidiano.

Palavras – Chave: violência contra a mulher, violência doméstica e consumo de álcool.

Sumário

RESUMO.....	4
APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO.....	8
1. CAPÍTULO I: VIOLÊNCIA	10
1.1 VIOLÊNCIA, QUE FENÔMENO É ESSE?.....	10
1.2 VIOLÊNCIA NO BRASIL	13
1.3 O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA	14
2. CAPÍTULO 2: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	16
2.1 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER	19
3. CAPÍTULO 3: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL.....	22
3.1 CONCEITOS IMPORTANTES	24
4. CAPÍTULO 4 - CAMINHO METODOLÓGICO.....	31
4.1 DELIMITANDO O CAMPO DE PESQUISA	33
4.1.1 O Hospital Universitário de Brasília.....	33
4.1.2 O Programa de Atendimento ao Alcoolismo – PAA	34
4.1.3 O grupo de familiares do PAA	38
5. CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO GRUPO DE FAMILIARES DO PAA.....	41
5.1.1 Características pessoais.....	41
5.1.2 Condições sócio-econômicas.....	42
5.1.3 Vínculos familiares	44
5.1.4 - Vínculo institucional	45
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	45
5.2.1 Associação álcool/violência	46
5.2.2 Concepção de violência.....	50
5.2.3 Repercussões da violência na vida do casal.....	51
5.2.4 Movimentos de proteção.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXO	66

Apresentação

Durante o período de um ano e meio que fiz estágio no Programa de Atendimento ao Alcoolismo- PAA no Hospital Universitário de Brasília - HUB, sob a supervisão de campo da assistente social Cláudia Regina Merçon de Vargas, foi possível estudar e compreender a problemática que envolve os indivíduos e suas famílias no que se refere ao abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas e suas principais implicações sociais, psicológicas, clínicas e psiquiátricas.

Enquanto estagiária do PAA tive oportunidade de acompanhar atendimentos como também atender pacientes e seus familiares, nas várias formas de intervenção do assistente social (entrevistas de acolhimento e triagem, acompanhamento de pacientes e familiares, atendimento durante a internação, grupo de familiares e apoio à comunidade através de consultorias e palestras), o que me enriqueceu pessoalmente e contribui para minha formação profissional.

Desde o início me interessei e me identifiquei com o trabalho realizado junto a família, pelas constantes inquietações que me eram provocadas, principalmente pelas integrantes do grupo de familiares. Percebi que essas mulheres vivem situações bastante semelhantes, trazem inquietações e sofrimentos semelhantes, e que a violência esta presente na vida de todas, mesmo que com nuances diferentes.

A violência praticada pelo esposo/companheiro é tema bastante frequente durante as reuniões e sempre abordado como uma relação causal por essas mulheres: “ele só me agride quando bebe, sem beber ele é uma pessoa maravilhosa”.

Dessa maneira, senti necessidade de caracterizar essas mulheres e de melhor compreender as situações de violência em que estão inseridas. Quem são estas mulheres? Como percebem a violência presente em seu cotidiano? Em que dinâmica familiar estão inseridas? Como tais acontecimentos se refletem em seu dia a dia? O consumo de álcool é o responsável por tais situações?

Esta situação acompanha a história da humanidade, no entanto ela é assumida como uma questão que carece de um olhar diferenciado somente nas últimas décadas. Em 1993 as Nações Unidas – ONU por ocasião da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos reconheceu a violência contra a mulher como um obstáculo ao desenvolvimento, à paz e aos ideais de igualdade entre os seres humanos. Considerou também que a violência contra a mulher é uma violação aos direitos humanos e que esta

violência se baseia, principalmente, no fato da pessoa agredida pertencer ao sexo feminino (CORRÊA, 1995).

O objetivo deste trabalho é analisar as interfaces na relação entre consumo de álcool e violência doméstica contra a mulher. Tal realidade é vivida não somente pelas integrantes do grupo de familiares do PAA, mas por um número alarmante de mulheres em todo o mundo. Segundo dados de 2004 da Organização Mundial de Saúde (OMS) quase metade das mulheres assassinadas são mortas pelo marido ou namorado, atual ou ex. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo (BRASIL, 2005).

O trabalho é constituído de cinco capítulos. No primeiro e no segundo busca-se contextualizar a violência em geral e a violência contra a mulher especificamente, através de revisão bibliográfica da literatura especializada sobre o assunto.

O terceiro capítulo reserva-se para algumas considerações teóricas sobre consumo de álcool, aspectos históricos, conceitos importantes e sua associação com a violência.

No quarto capítulo apresenta-se a metodologia de trabalho utilizada além do Programa de Atendimento ao Alcoolismo, universo onde a pesquisa foi desenvolvida;

No quinto capítulo, busca-se relacionar os dados obtidos com o que propõe a literatura da área, sob um enfoque qualitativo das falas das mulheres integrantes do grupo de familiares obtidas em entrevistas semi-estruturadas.

Por fim, como conclusão, apresenta-se reflexões sobre o tema consumo de álcool e violência contra a mulher.

Introdução

Nos últimos anos, a sociedade brasileira entrou no grupo das sociedades mais violentas do mundo. Hoje, o país tem altíssimos índices de violência urbana, doméstica, familiar e contra a mulher. A violência, nas suas diversas manifestações, aparece como preocupação de alta relevância em todas as instâncias públicas e em propostas políticas e agendas de ação.

Para todos que a estudam, a violência se apresenta como um fenômeno complexo e, de uma maneira geral, pode ser interpretada como uma tentativa de corrigir o que o diálogo não foi capaz de resolver, funcionando como um último recurso que tenta restabelecer o que é justo segundo a ótica do agressor.

Da mesma forma o consumo de álcool também vem aumentando, tanto a nível nacional quanto mundial. Do uso social ao problemático, o álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% dos anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial (BRASIL, 2004).

No Brasil, segundo o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, divulgado em 2007 pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), em parceria com a Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), 27,6 milhões pessoas da população adulta têm ou já podem ter tido algum problema relacionado ao uso do álcool.

Pesquisas recentes, como a desenvolvida pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no estado de São Paulo, indicam que uma elevada parcela dos casos de violência domiciliar está associada ao consumo de bebidas alcoólicas. Esse estudo também mostra que a violência ocorre principalmente entre casais, sendo a mulher a principal vítima (CEBRID, 2002).

No Brasil o problema da violência contra a mulher é muito sério e atinge todas as classes sociais. Segundo o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) a cada 15 segundos uma mulher é espancada por um homem no Brasil, e em cada dez mulheres casadas, sete são vítimas de seus companheiros. A pesquisa mostra ainda que, os motivos principais da violência são o uso do álcool (45%) e o ciúme dos maridos (23%) (BRASIL, 2005).

Em função da relevância desses dados; e da estreita relação entre consumo de álcool e violência, esse trabalho, consiste em investigar essas relações. De maneira mais precisa, meu objetivo é investigar as interfaces entre o uso abusivo de álcool e a violência doméstica contra a mulher, através de entrevistas semi-estruturadas com as mulheres integrantes do grupo de familiares do Programa de Atendimento ao Alcoolismo - PAA do Hospital Universitário de Brasília – HUB, que já sofreram algum tipo de violência doméstica.

Para fundamentar tal questão, foi necessário conceituar algumas categorias envolvidas na construção dessa pesquisa. São elas: violência, violência contra a mulher, violência doméstica e uso nocivo do álcool, seja no aspecto de abuso ou de dependência.

Bertoline (2001) nos lembra que a tentativa de ler, de interpretar e de compreender um fenômeno social requer um aporte teórico aberto, considerando a sua dinamicidade e as múltiplas formas de abordagem, uma vez que todo conhecimento deve ser regido pelo princípio da incerteza. As afirmações de Demo reforçam essa condição de provisoriedade científica:

A ciência não pode ter como pretensão, acabar com a imprecisão do real, porque, em vez de o analisar adequadamente, o deturpa; (...) a vida acadêmica correta é aquela marcada pela produção própria e coletiva sistemática e inovadora, dentro de um contexto pluralista e interdisciplinar. (DEMO, 1997:38-39 *apud* BERTOLINE, 2001:40)

É nessa perspectiva que procuro estruturar o quadro teórico deste estudo, com a compreensão de que se trata de uma questão complexa e de certa forma ainda sem a visibilidade e medidas necessárias.

Capítulo I: Violência

A violência está presente, de forma indiscriminada, no cotidiano dos seres humanos. Segundo Minayo (2006) a violência acompanha toda a história da humanidade, sua presença está registrada em vários documentos da antiguidade e é lembrada inclusive em narrativas bíblicas.

No mundo contemporâneo, transformou-se em desafios para estudiosos e autoridades, por ser uma das maiores ameaças deste novo milênio. Deixou de ser um fato exclusivamente policial para ser um problema social, que afeta a sociedade como um todo.

Para a compreensão deste fenômeno será apresentada uma revisão bibliográfica direcionada para diferentes concepções sobre a gênese da violência. Também discute-se de que maneira esse fenômeno está presente na realidade brasileira e sua relação com o serviço social.

1.1 Violência, que fenômeno é esse?

Foi nos anos 80 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda dos debates políticos e sociais. Oficialmente, foi a partir da década de 1990, que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começaram a falar especificamente de violência, congregando as várias discussões que vinham ocorrendo. No relatório da OPAS de 2004, afirma-se que a violência se converteu em um problema de saúde pública em muitos países, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz. Ao buscar explicação para as raízes da violência a OMS busca identificar os fatores biológicos de cada indivíduo, os fatores relacionais, os fatores comunitários e os fatores sociais mais amplos (MINAYO, 2006).

O aumento e as diversas manifestações do fenômeno da violência, nos últimos vinte anos, vem estimulando a reflexão sobre a temática nas mais diversas áreas disciplinares. Suárez e Bandeira (1999) identificam quatro diferentes linhas mais recorrentes na literatura científica:

a) De caráter epidemiológico - associa a violência a desvios da personalidade normal, ou seja, é uma das formas mais antigas de abordagem da violência: tratá-la pela ótica da saúde e da doença, do normal e do patológico;

b) Abordagem deconstrutivista - enfoca a violência como fenômeno subjetivo, que ocorre no lugar de encontro entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que a manifestação do sujeito é influenciada pelos “hábitos emotivos coletivos”;

c) Abordagem cultural - centraliza a discussão na construção social da violência; “trata a violência como manifestação de condutas extremas [...] seu objetivo é identificar os imperativos culturais que outorgam sentido à manifestação de tais condutas” (SUÁREZ E BANDEIRA, 1999:21);

d) Abordagem sócio-econômica - busca na estrutura do poder econômico e político os componentes das raízes da violência. Associadas a essa abordagem há, pelo menos dois enfoques. O primeiro que destaca a violência do capital, que inclui principalmente as desigualdades de classe. O segundo enfoque passa pela violência das sociedades patriarcais e patrimonialistas e, inclui temas como as instituições pautadas nos moldes do individualismo tradicional, o preconceito, a relação de poder que atravessa as relações familiares e outras relações sociais. Para as autoras, é a partir dessa abordagem que se tem construído a reivindicação feminista relativa aos direitos que associa a violência contra as mulheres com o patriarcalismo ainda presente na organização das sociedades. “Vista como forma de exercício do poder masculino, a violência é observada como mediadora das relações entre os homens e as mulheres como meio de garantir a subordinação dos primeiros sobre as segundas” (SUÁREZ E BANDEIRA, 1999:22).

Alguns autores compreendem que a violência é inata. Dentre eles destaca-se Dadoun (1993, *apud* Faleiros, 2004), que compreende que a violência é inerente a natureza humana e à constituição da sociedade, definindo o ser humano como “*homo violens*”. Para o autor o combate desenrola-se entre a boa e a má violência. Compreende que é impossível e indesejável eliminá-la, cabendo apenas discutir quais as circunstâncias em que a violência em suas mais variáveis manifestações poderia ser socialmente sancionada ou mesmo prescrita, além disso, Dadoun aprende-a como um meio útil de controle, conquista afirmação de identidades e sobrevivência.

Outros autores entendem que a violência é o oposto da paz. Brito (2006) acredita que devemos buscar recursos e estratégias de resolução pacífica de conflitos, uma vez

que a violência pode ser compreendida como a falta de paz, a omissão ou a negligência em promover ações efetivas para garantir a equidade na negociação de interesses divergentes. Faleiros (2004) defende que a tolerância não significa, de modo algum, uma forma de aceitação da intolerância, mas, ao contrário, uma ação afirmativa de outro, de se colocar no lugar do outro, de olhar o outro com respeito e dignidade a partir de um referencial que o contextualize, de uma normatividade de justiça e de valores consensuados em pactos internacionais, nacionais ou mesmo locais e familiares.

Apesar dos diferentes conceitos e linhas de pensamento, neste trabalho a violência é tratada como um fenômeno complexo e diverso que pode ser causada por múltiplos e diferentes fatores: socioeconômicos, culturais, psicológicos e situacionais. Pode estar presente nas relações entre homens e mulheres, entre classes sociais, entre diferentes etnias ou credos religiosos, assim como entre diferentes grupos políticos.

Perceber um determinado ato como uma forma de violência depende do contexto social, histórico e cultural, variando também entre diferentes grupos numa mesma sociedade. Para Brito (2006) a violência é uma manifestação humana que pode, como qualquer outra, assumir valor distinto segundo o grupamento humano em que se desenrola. A violência, assim como o amor e a justiça, é uma possibilidade de relação; é um termo empregado para qualificar pautas relacionais que se afastam da norma. As sociedades podem diferir no tipo de pauta que consideram violentas, mas toda sociedade tem uma definição de violência e procura coibi-la. Da mesma maneira, Minayo e Souza consideram que:

Não há um fato denominado violência e sim violências, como expressões de manifestações da exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades necessitam ser conhecidas. Têm profundos enraizamentos nas estruturais sociais, econômicas e políticas, e também nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre condições dadas e subjetividade [...] Este conceito pode ser compreendido, no campo das relações pessoais e institucionais, como um limitante de direitos, de um lado, ou como um grito de expressão dos oprimidos, no outro lado da moeda. (MINAYO E SOUZA, 1998:14)

Bertoline (2001) ressalta a importância de considerar a diversidade de olhares sobre a questão da violência e a impossibilidade de tratá-la isoladamente. A autora a compreende como um fenômeno social, que, de certa maneira funda a civilização moderna e agrava-se gradativamente nas diferentes formações sociais, transformando-se em uma das mais sérias questões sociais contemporâneas. Portanto, é merecedora não só de estudos que qualifique as suas expressões como também de políticas públicas, que

incluam, na sua agenda, redistribuição de riqueza, mecanismos de acesso e de participação no poder, além de questões pontuais voltadas para o aspecto da segurança.

1.2 Violência no Brasil

O Brasil tem uma história de violência articulada à sua forma de colonização e de desenvolvimento. Da invasão européia, a globalização contemporânea o país é marcado por diferentes formas de violência, seja no âmbito público ou privado.

Nos últimos 25 anos vem ocorrendo um aumento significativo da violência na realidade brasileira. O pensamento intelectual do país assumiu esta questão, o que tem repercutido na produção bibliográfica, sobretudo a partir da década de 1990. Minayo (2006) aponta que 95% da produção acadêmica sobre o tema ocorreram depois de 1980.

Nesta obra a autora afirma que, apesar de sermos no imaginário social um país pacífico, já que diferentes povos e etnias convivem aqui em harmonia, somos um povo violento. Essa realidade também é discutida por outros estudiosos. Dias e Gambini (1999, *apud* Minayo, 2006) colocam que os elevados níveis de desigualdade social representam uma das formas mais contundentes de violência no Brasil, desigualdades que persistem historicamente e que vêm aumentando com o crescimento da globalização e o processo de reestruturação produtiva.

Atualmente, o Brasil é considerado um dos países mais violentos do mundo e, segundo o III Relatório Nacional sobre Direitos Humanos, divulgado em 2006, a ineficácia do Estado perante o aumento da violência gera ainda mais violações de direitos humanos e impunidade, além de aumentar o sentimento de insegurança e revolta da população. De acordo com o estudo, 48.374 pessoas morreram vítimas de agressão em 2004, uma média de 27 por grupo de 100 mil habitantes.

O Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros, divulgado em Fevereiro de 2007, mostrou a interiorização dos homicídios no país. Dos 48.345 assassinatos registrados em 2004, mais de dois terços (34.712) foram cometidos fora dos grandes centros. O estudo, elaborado pela Organização dos Estados Ibero-Americanos para Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com apoio do Ministério da Saúde, mostrou que a maioria dos homicídios se concentra em 10% dos municípios.

Segundo cálculos de 2005 do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), 3,3% do produto Interno Bruto (PIB) brasileiro é gasto com custos diretos da violência

(número três vezes maior do que o país investe em ciência e tecnologia). Essa cifra sobe para 10,5 % quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos; e não contabilizam o sofrimento físico e psicológico das vítimas da violência brasileira (MINAYO, 2006).

O fenômeno da violência se expressa em agressões intrafamiliares, interpessoais, em discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, crianças, mulheres, idosos ou portadores de necessidades especiais, o que constitui um ambiente sociocultural adverso e, freqüentemente, marcado pela exclusão e lesões físicas e emocionais.

1.3 O Serviço Social e a Violência

Considerando que a violência é uma das interfaces da questão social e está presente de forma direta ou indireta e com intensidade variada na formação teórico-prática do assistente social, seu estudo contribui para o aperfeiçoamento da compreensão deste fenômeno bem como o aprimoramento da intervenção pelo profissional. Diante da complexidade que permeia a questão da violência, se faz necessário lançar mão de outros campos do conhecimento bem como de uma atuação interdisciplinar, sem, no entanto perder de vista que o constructo teórico do serviço social tem uma contribuição significativa.

Pavez e Oliveira (2002) reafirmam que a violência se apresenta, hoje, como um tema transversal a todas as outras questões que a população coloca ao Serviço Social, em qualquer campo de seu trabalho. “A violência da vida difícil de viver, o medo que toma conta do cotidiano estão presentes na busca da população por trabalho, educação, saúde ou alívio da fome”. (PAVEZ E OLIVEIRA, 2002:87)

Iamamoto situa a tensão atual dos assistentes sociais, diante dessas expressões cotidianas da questão social:

(...) que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. Exatamente por isso, decifrar as novas mediações através das quais se expressa a questão social hoje é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa tanto apreender as várias expressões que assumem, na atualidade, as

desigualdades sociais – sua produção e reprodução ampliada – quanto projetar e forjar formas de resistência e defesa da vida. Formas de resistência já presentes, por vezes de forma parcialmente oculta, no cotidiano dos segmentos majoritários da população que dependem do trabalho para a sua sobrevivência. Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e re – invenção da vida construída no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado (IAMAMOTO, 1997, *apud* PAVEZ E OLIVEIRA, 2002:88).

Dessa maneira, para os assistentes sociais, profissionais que têm por função intervir na realidade social, compreender a violência é fundamental. Independente da linha defendida destaca-se a importância de uma abordagem que supere análises reducionistas e que associam de modo linear violência e pobreza.

Capítulo 2: Violência contra a mulher

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública. Consiste em um fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade; também sendo carregado de preconceito, vergonha e invisibilidade.

Esse tipo de violência é citado de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 80, é denominada como violência doméstica e, na década de 90, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero (BRASIL, 2006).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) define tal violência como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada”.

No Brasil, o movimento feminista, no final dos anos 60, destacou-se em denunciar casos violentos contra a mulher, dando visibilidade a essa realidade que, até então, permanecia oculta no âmbito privado. Conforme observam Suárez e Bandeira (2002) no final dos anos 70 e início dos anos 80, presencia-se no Brasil uma articulação do discurso feminista e de outros movimentos de mulheres em torno da crítica à violência contra a mulher. O movimento feminista da década de 1970 apontou claramente que a violência não somente era de grandes proporções, mas que também era invisível. Além disso, o fato da organização das Nações Unidas (ONU) instituir o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher e o decênio seguinte como a Década da Mulher, tornou-se um fator preponderante para uma maior visibilidade da temática mulher e, conseqüentemente, para a existência de maior interesse na produção intelectual sobre o tema, além de contribuir para a ampliação da organização dos movimentos de mulheres e feministas.

Gomes (2003) aponta que o termo gênero passou a ser utilizado pelas feministas para traduzir as diversas formas de interação humana, buscando conceituá-lo como uma forma de legitimar e construir as relações sociais.

Essa abordagem de gênero, que surgiu há mais de três décadas, conseguiu progressivamente consolidar-se como modelo explicativo hegemônico para a ocorrência da violência contra a mulher. Essa afirmação sustenta-se no fato de tal modelo, na virada do século XX para o XXI, ainda ser uma tendência explicativa majoritária na produção especializada sobre a temática em questão.

Dentro dessa abordagem, as relações violentas, em específico, e as relações sociais em geral, estabelecidas entre homens e mulheres, seriam vistas a partir das diferenças culturais e não das especificidades biológicas atribuídas aos gêneros masculino e feminino (GOMES, 2003). O termo gênero é utilizado como uma maneira de se referir à organização social entre os sexos, e reforça que as distinções entre homens e mulheres são de caráter social, rejeitando o determinismo biológico, presente nos termos como sexo e diferença sexual.

Para Silva:

(...) Em todo o mundo os seres humanos nascem basicamente iguais: machos e fêmeas. Através de processos ideológicos aprendem a ser homens e mulheres, incorporando estereótipos necessários aos interesses de preservação da ordem vigente numa dada sociedade. (...) Assim, a sociedade delimita, através da divisão sexual de papéis, os lugares onde a mulher e o homem podem atuar (SILVA, 1992:62).

A ligação entre violência e gênero é útil para indicar não apenas o envolvimento de mulheres e de homens como vítimas e autores/as, mas também o seu envolvimento como sujeitos que buscam firmar, mediante a violência, suas identidades masculinas e femininas.

Assim, a presença de violência na história de vidas das mulheres é atribuída a educação diferenciada que homens e mulheres são submetidos. As meninas ainda são educadas para serem delicadas e submissas enquanto os meninos para serem fortes e agressivos. Segundo Medrado (2003, *apud* Roque e Mendonça, 2006) historicamente os homens são em nossa sociedade ainda educados para responder às expectativas sociais de modo proativo, onde o risco e a agressividade não são algo que deve ser evitado, muito pelo contrário, é algo que deve ser experimentado periodicamente. Este autor relata ainda que a violência é, muitas vezes, considerada uma manifestação tipicamente masculina para resolução de conflitos. Os homens são, em geral, socializados para reprimir suas emoções, sendo a raiva e inclusive a violência física formas socialmente aceitas como expressões masculinas de sentimentos.

Silva (1992) afirma que é fácil verificar no dia a dia que homens e mulheres não ocupam posições iguais, mesmo quando ambos são oprimidos em virtude de sua condição de classe ou raça. Para a autora, essa situação não é fruto do nosso tempo, tampouco, particular ao Brasil. Ao contrário, é uma situação milenar e extremamente complexa, sendo condicionada historicamente por uma série de fatores econômico-político-sociais, estando presente em vários sistemas políticos através dos tempos.

Para Bertoline (2001) a violência contra a mulher ainda é um fenômeno velado, uma vez que ocorre, na maioria das vezes, no âmbito familiar, e quase sempre é encoberto e protegido por um discurso amplamente disseminado na sociedade: um discurso que naturaliza esta violência, percebendo-a como um problema que não diz respeito à esfera pública.

Para Bertoline (2001) a reprodução e reforço dos estereótipos e preconceitos contra a mulher acontecem desde as primeiras experiências: convivência com o autoritarismo do pai, com a submissão da mãe e com o tratamento diferenciado dispensado ao irmão. Também podem ser percebidos na escola e nos meios de comunicação. Além disso, a maneira como o Estado se estrutura e exerce seu poder tem favorecido a reprodução e a manutenção de práticas discriminatórias, que favorecem a exclusão de parcelas significativas da sociedade, dentre estas, a de mulheres. Nesta linha de pensamento a autora recorre a Bourdieu:

É, sem dúvida, à família que cabe o papel principal na reprodução da dominação e da visão masculinas; é na família que se impõe a experiência precoce da divisão sexual do trabalho e da representação legítima dessa divisão, garantida pelo direito e inscrita na linguagem. Quanto à Igreja, marcada pelo antifeminismo profundo de um clero pronto a condenar todas as faltas femininas à decência, sobretudo em matéria de trajes, e a reproduzir, do alto de sua sabedoria, uma visão pessimista das mulheres e da feminilidade, ela inculca (ou inculcava) explicitamente uma moral familiarista, completamente dominada pelos valores patriarcais e principalmente pelo dogma da inata inferioridade das mulheres (...) a Escola, mesmo quando já liberta da tutela da Igreja, continua a transmitir os pressupostos da representação patriarcal (baseada na homologia homem/mulher e a relação adulto/criança) e, sobretudo, talvez, os que estão inscritos em suas próprias estruturas hierárquicas, todas sexualmente conotadas (...) em suma, tudo aquilo que contribui para traçar não só os destinos sociais como também a intimidade das imagens de si mesmo. (...) o papel do Estado, que veio ratificar e reforçar as prescrições e as proscritões do patriarcado privado com as de um patriarcado público, inscrito em todas as instituições encarregadas de gerir e regulamentar a existência quotidiana da unidade doméstica (BOURDIEU, 1999:109, *apud*, Bertoline 2001:60).

De acordo com Suárez e Bandeira (1999) os acontecimentos violentos mais visíveis para as ciências sociais têm sido aqueles que ocorrem no âmbito da condução

do Estado, em segmentos específicos da sociedade civil, ou ainda na combinação de ambos. Afirmam que a violência dirigida às mulheres responde por uma parcela muito elevada da violência interpessoal, parcela que aumenta visivelmente quando estimada a partir da totalidade das violências que ocorrem nos espaços domésticos. Porém, mesmo assim, é pouco visível, seja no âmbito específico das ciências como nos outros espaços da sociedade.

2.1 A Violência doméstica contra a mulher

Falar de violência contra a mulher é falar de um universo tão grande que corre-se o risco de se perder em um trabalho desta natureza. Diante das peculiaridades apresentadas pelos sujeitos desta investigação, que são as mulheres integrantes do grupo de familiares do PAA, decidiu-se por fazer um recorte com enfoque na violência doméstica.

Atualmente, e em geral, não importa o *status* da mulher, o *locus* da violência continua no âmbito doméstico, sendo que a chance da mulher ser agredida pelo pai de seus filhos, ex-marido, ou atual companheiro, é muitas vezes maior do que a de sofrer alguma violência por estranhos. Assim, a violência ocorre, principalmente, na própria casa: lugar de afeto, expressando a desigualdade de poder nas relações afetivas e sociais entre homens e mulheres.

Heise Pitangui e Germain (1994, *apud*, Gomes, 2003) observam que a principal forma de violência contra a mulher se expressa na figura da esposa agredida, mais precisamente na mulher agredida pelos seus parceiros íntimos. Com base em 35 estudos realizados em vários países, as autoras constatarem que de um quarto até mais da metade de relatos de mulheres indica agressão física cometida pelo parceiro atual ou anterior. Esse tipo de violência ainda é justificada por uma série de crenças: a idéia de que o abusador não pode se controlar, que a pessoa abusada é inferior, que a família deve manter-se unida qualquer custo, e que as pessoas de fora não devem se envolver nas questões familiares.

Entre as várias formas de expressão da violência estão a física, a sexual, a psicológica e a negligência. A primeira consiste no uso intencional, não acidental da força, através de agressões, tapas, murros, maus tratos e espancamentos. A violência sexual é vista como um abuso do poder exercido sobre determinada vítima sem seu

consentimento como carícias indesejadas, incesto, exploração sexual, exibicionismo, pornografias e estupro. A violência psicológica é caracterizada por desrespeito, verbalização inadequada, humilhação, ofensas, intimidações, traição, ameaças de morte e de abandono emocional e material, resultando em sofrimento mental. Por fim, temos a negligência como uma forma de omitir o atendimento das necessidades básicas (BRAGHINI, 2000). Minayo (2006) também considera a violência social contra a mulher, que consiste em oferecer menor salário que ao homem, para o mesmo trabalho, discriminar por atributos de gênero ou por aparência, assediar sexualmente ou moralmente, exigir atestado de laqueadura ou negativo de gravidez para emprego; e promover e/ou explorar a prostituição e o turismo sexual de meninas e de adultas.

Durante um longo período, a violência doméstica foi considerada como um problema a ser resolvido no âmbito privado. Foi a partir do movimento feminista e da publicização da violência que se iniciou uma atitude mais firme do Estado no amparo à relação violenta, especialmente na violência perpetrada contra as mulheres. No Brasil, o amparo legal as mulheres vítimas da violência doméstica foi formalizado somente em 2006.

A Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher é a lei de número 11.340, de 7 de agosto de 2006, e recebe o nome de Lei Maria da Penha Maia. Tal Lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estipula a criação, pelos tribunais de Justiça dos estados e do Distrito Federal, de um juizado especial de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher para dar mais agilidade aos processos. Estipula também que as investigações sejam mais detalhadas, com depoimentos inclusive de testemunhas, já que, antigamente, o crime de violência doméstica era considerado de menor potencial ofensivo e julgado nos juzizados especiais criminais junto com causas como briga de vizinho e acidente de trânsito, não levando em conta a especificidade de sua ocorrência em relação à questão de gênero.

A nova lei abre a possibilidade para que agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada, e permite que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação. Como elevada parcela dos casos de violência domiciliar está associada ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, o Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília recebe com frequência pacientes que foram encaminhados por algum órgão do Judiciário, em função de serem autores de violência doméstica.

Ravazzola (1998) aponta a importância da lei, pois esta se configura como sanção importante, já que promove o reconhecimento dos atos violentos como delitos. Desta forma, a intervenção da Justiça proporciona um movimento de responsabilização pelas atitudes bem como por suas conseqüências.

Nos últimos cinquenta anos, os direitos civis das minorias e das mulheres, em especial, têm sido objeto de inúmeros debates que traduzem processos de re-significação das relações de dominação em nossa sociedade. Sem deixar de reconhecer que muito ainda está por ser feito em um país tão marcado por diferenças sociais e baixos níveis de escolarização, no qual o acesso às leis e à Justiça é extremamente limitado e, por vezes, perverso (ANDRADE, 2000, *apud* BRITO, 2006), é possível identificar nas alterações legislativas um reflexo das mudanças nas concepções sobre a violência interpessoal entre familiares e sua decorrência para os programas de apoio a famílias em situação de violência.

Capítulo 3: Considerações teóricas sobre o consumo de álcool

Analisando a história do uso de bebidas alcoólicas verificamos que elas são consumidas desde o início da história da humanidade. Noto e Formigoni nos lembram que:

As bebidas alcoólicas são as drogas cujo consumo é o mais popular e antigo, provavelmente teve início há pelo menos 6.000 anos AC. Ao longo da história esse consumo foi ocupando espaço em diferentes contextos culturais, ganhando aceitação e até mesmo incentivo em diversos países. Em função dessa abrangência, a dependência do álcool foi a primeira a ser debatida e, dessa forma, foi a que norteou a evolução do conceito da dependência das demais substâncias (NOTO E FORMIGONI, 2002:1)

Vargas (2002) faz uma incursão na história do consumo do álcool, com o objetivo de apontar o seu significado cultural, já que se formou, no decorrer da história, um conjunto de tradições relacionadas com o uso de álcool que se integraram a diversas culturas. Relata que a humanidade faz uso dessa substância psicoativa desde tempos muito remotos; e analisa o seu significado em sociedades distintas: inicia cerca de 10.000 anos a.C no período neolítico, passando pelos egípcios, pelo Império Romano, período Medieval Europeu, pelo mundo Islâmico, pela América Pré-Colombiana até chegar à Revolução Industrial Inglesa e o consumo nos Estados Unidos na década de 20.

A autora compreende que o uso dessa substância assume feições variadas em diferentes épocas e culturas, no contexto das quais se formam as necessidades individuais. Contudo, a relação do homem com a bebida vem mudando, principalmente nos últimos séculos, o que vem gerando novos problemas associados ao consumo de álcool e de dimensões diferentes dos de antigamente.

Apesar de o uso do álcool ser detectado desde os tempos pré - bíblicos, é somente na virada do século XVIII para o século XIX, após a Revolução Industrial, que aparece na literatura o conceito de beber nocivo como uma condição clínica.

Até o início do século XVII o consumo de álcool, apesar de generalizado, era visto como uma atividade social. As cidades e vilarejos eram aglomerações urbanas bem menores do que as que hoje conhecemos; e tinham estrutura e organização social mais simples. Ainda não havia a indústria da bebida, que era mais consumida na forma de vinhos e cervejas, geralmente de produção caseira. Apesar da pouca legislação

existente, haviam fatores sociais e econômicos suficientes para controlar a embriaguez em larga escala. Os casos de embriaguez eram ocasionais, como sempre ocorreu na história da humanidade. O uso inadequado da bebida era visto como um problema do indivíduo: um defeito moral, de caráter, o levava àquilo e contra tais casos se levantavam os pregadores religiosos.

Com a Revolução Industrial Inglesa, passou-se a produzir bebidas em grandes quantidades, o que diminuiu seu custo. Além disso, desenvolveu-se o processo de destilação dos fermentados, técnica capaz de aumentar muito as concentrações alcoólicas.

Com a urbanização, o perfil das relações sociais foi modificado, e o álcool tem importante papel nessas relações. Dessa maneira, ocorre uma mudança radical e abrupta: os casos de embriaguez se generalizam em escala nunca vista antes. Os velhos controles sociais foram se enfraquecendo, à medida que as pessoas migravam de seus antigos vilarejos para as periferias e favelas dos emergentes centros urbanos (LARANJEIRA, ROMANO, 2004).

Foi a partir daí que alguns médicos começaram a observar uma série de complicações físicas e mentais, decorrentes desse consumo excessivo. Nessa época, houve uma mudança na conceituação do problema: o álcool sozinho (mais do que o caráter do bebedor) tornou-se o foco das preocupações.

Nas primeiras décadas do século XX, a dependência do álcool ganha o status de doença, fornecido pela classe médica e pela associação dos Alcoólicos Anônimos. Nesta concepção, tanto o bebedor como os fornecedores de bebidas foram destituídos de responsabilidade moral. Os problemas associados ao álcool que mereciam preocupação eram aqueles relacionados ao colapso moral do bebedor crônico. Esses problemas eram vistos como não decorrentes de uma fraqueza moral do bebedor nem do poder adictivo do álcool em si, mas de alguma química pouco compreendida que ocorria entre a substância e certos bebedores (BORDIN, FIGLIE, LARANJEIRA, 2004).

Já no final da década de setenta e começo da década de oitenta, Edwards Griffith sugere uma compreensão do alcoolismo bem próxima da que se tem atualmente. Aponta dois eixos: o primeiro representando a dependência (em graus crescentes) e o outro, os problemas causados pela ingestão de bebidas alcoólicas. Vargas (2002) afirma que hoje em dia o termo alcoolismo vem perdendo espaço na medida em que se percebe a complexidade dos fenômenos relativos ao uso da bebida alcoólica e pelas conotações

limitantes que o termo passou a ter. Afirmar que há, na verdade, dois campos de compreensão: a visão de síndrome de dependência do álcool, firmemente sustentada pelo modelo médico, e a visão dos problemas associados ao consumo de álcool, campo bastante aberto e que tende a englobar aspectos da síndrome de dependência.

A natureza exata da dependência do álcool vem desafiando o conhecimento humano há muito tempo. Já foi vista através de diversas concepções, porém continua servindo na maior parte das vezes como um rótulo estigmatizante, inclusive no campo do tratamento, dificultando, muitas vezes o acesso e permanência dos pacientes.

3.1 Conceitos importantes

O álcool é uma substância psicoativa que admite - dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias - um uso sem problemas. Contudo, sua utilização de forma inadequada pode trazer graves consequências, tanto orgânicas como psicológicas e sociais.

Para Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) não existe uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência do álcool. Definem uso como qualquer consumo de substâncias, seja para experimentar, seja esporádico ou episódico; abuso ou uso nocivo como o consumo de substâncias já associado a algum tipo de prejuízo (biológico psicológico ou social); e, por fim, dependência como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário.

Para esses autores, existe uma idéia de continuidade como uma evolução progressiva entre esses níveis de consumo: os indivíduos passariam, inicialmente, por uma fase de uso, alguns deles evoluiriam posteriormente para o estágio de abuso e, finalmente, alguns destes últimos tornar-se-iam dependentes. Assim, a dependência se dá de forma gradativa, no dizer de Jandira Masur (1991, *apud* Vargas 2002) é uma lenta passagem do rosa para o vermelho.

Embora os padrões de ingestão de bebidas alcoólicas variem enormemente de acordo com influências biológicas, psicológicas ou socioculturais, duas situações têm sido identificadas: o uso nocivo e a dependência do álcool. Na Classificação Internacional de Doenças, CID, da Organização Mundial de Saúde, OMS (décima revisão em 1993), o uso de todas as substâncias psicoativas foram classificadas pelos

códigos de F10 a F19. A síndrome de dependência de álcool aparece na categoria F10 – transtornos mentais e de comportamentos devido ao uso de álcool. De acordo com o CID - 10 o uso nocivo é definido como:

Um padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como nos casos de hepatite decorrente da auto-administração de drogas injetáveis) ou mental (p. ex. episódios de transtorno depressivos secundários a um grande consumo de álcool). Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão com freqüência associados a consequências sociais diversas de vários tipos.

Também foram estabelecidas diretrizes diagnósticas para a dependência, que envolve os seguintes critérios:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança a prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco.

Um diagnóstico definitivo de dependência do álcool deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou de níveis de consumo;
- um estado de abstinência fisiológico numa situação em que o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância ou ainda o uso da mesma substância com intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância para se recuperar de seus efeitos;

- persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de consequências manifestadamente nocivas, estados de humor depressivos após períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo.

Bordin, Figlie e Laranjeira relacionam os sete elementos-chave para diagnóstico da síndrome de dependência alcoólica em conformidade com os originalmente formulados por Edwards e Groos (1976):

1. Estreitamento do repertório: conforme a dependência avança, os estímulos relacionam-se crescentemente com o alívio ou evitação da abstinência. Logo, o repertório pessoal torna-se cada vez mais restritivo, com padrões cada vez mais fixos: o indivíduo passa a ingerir a mesma bebida, nos mesmos horários e nas mesmas condições; as companhias, o estado de humor ou as circunstâncias vão se tornando cada vez menos relevantes.

2. Saliência do uso: com o avanço da dependência, o indivíduo passa a priorizar a manutenção da ingestão da substância psicoativa. O consumo vai se tornando mais importante que a família, que o trabalho, que a casa, que a saúde. O sujeito passa a centrar seu comportamento e suas atividades em função dessa substância, organizando sua vida e seus compromissos em função da existência ou não dela.

3. Aumento da tolerância: o sistema nervoso central é capaz de desenvolver tolerância ao álcool e às drogas. Tolerância é definida como a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga, que ocorre como resultado da previa exposição a ela. Nos estágios mais avançados de dependência alcoólica o indivíduo começa a perder sua tolerância e fica incapacitado com quantidades de álcool que antes suportaria.

4. Sintomas de abstinência: os sintomas de abstinência resultam de adaptações feitas pelo cérebro à interrupção ou redução do uso das substâncias. As manifestações da abstinência do álcool caracterizam-se principalmente por tremores, náuseas, sudorese e perturbação do humor (entre outros).

5. Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo: constitui o mecanismo adaptativo do indivíduo ao aparecimento da síndrome de abstinência, envolvendo comportamentos que a evitem.

6. Percepção subjetiva da compulsão para uso: é a percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle. O paciente pode relatar isso como sendo uma sensação de fissura e desejo intenso. A compulsão tem sido tomada praticamente como sinônimo da perda de controle que, durante algum tempo, foi tida como elemento central do alcoolismo, em termos conceituais e classificatórios. Em muitas ocasiões em que se emprega a compulsão como sinônimo de perda de controle, trata-se na verdade de uma desistência do controle em vez de uma perda.

7. Reinstalação após abstinência: é o processo por meio do qual uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 horas de ingestão. A dependência re-emerge como se houvesse uma memória irreversível instalada. Quanto mais avançado tiver sido o grau

prévio de dependência, mais rapidamente o paciente exibirá níveis elevados de tolerância (BORDIN, FIGLIE E LARANJEIRA, 2004:9).

Avanços científicos nos últimos 20 anos mostram que a dependência é uma doença crônica e recorrente que resulta de uma interação de efeitos prolongados da droga no cérebro. Entretanto, como muitas outras doenças cerebrais, importantes aspectos sociais, culturais, educacionais e comportamentais são partes integrantes desta doença (BORDIN, FIGLIE, LARANJEIRA, 2004).

A partir destes conceitos, a dependência do álcool é considerada um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool e é entendida como a ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e as conseqüências decorrentes. Tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no país e encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, em função de vários agravos sociais que são reforçados ou decorrentes do uso indevido do álcool.

Não se sabe ao certo o que leva uma pessoa a se tornar um dependente de álcool, já que é um transtorno onde predomina a heterogeneidade, afetando pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Não existe nenhum fator que determine, de forma definitiva, que as pessoas se tornarão dependentes. Na verdade, uma combinação de fatores contribui para que algumas pessoas tenham maiores chances de desenvolver problemas em relação às substâncias durante algum período de suas vidas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: em 2001, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consumiam substâncias psicoativas de forma abusiva, independente de indicadores sociais como idade, sexo ou poder aquisitivo. Realidade que encontra equivalência em território brasileiro (BRASIL, 2004).

As implicações físicas à medida que o consumo de álcool avança são muitas. De acordo com Edwards (1995) os órgãos mais atingidos são: o cérebro, trato digestivo, coração, músculos, sangue e glândulas hormonais. A maior parte de cirrose hepática e pancreatite (75%) são provocadas pelo uso abusivo de álcool. Além disso, existem as lesões decorrentes de acidentes influenciados pelo uso indevido de álcool e diversas conseqüências sociais, dentre elas, o aumento da violência, freqüentemente divulgado como uma relação diretamente causal.

Contudo, essa relação álcool x violência ainda gera muitas incertezas. Estudos mostram como é bastante complexa a construção de paradigmas para investigação nessa área, já que nas situações de violência, as relações são múltiplas, variadas e complexas. Porém, de uma maneira geral, concorda-se que o consumo de álcool é, no mínimo, um importante facilitador dessas situações.

Apesar de reconhecerem que não existe uma relação causal simples e unidirecional entre consumo de álcool e violência, Laranjeira, Duailibi e Pinsky (2005) apontam três modelos teóricos que são propostos para entender este fenômeno: 1) o uso do álcool conduziria ao crime; 2) o crime conduziria ao uso de álcool; 3) a relação seria coincidente ou explicada por uma associação de causas comuns.

No primeiro modelo, o álcool levaria ao crime principalmente por suas propriedades psicofarmacológicas. Do ponto de vista biológico, alguns efeitos da intoxicação alcoólica - incluindo distorção cognitiva e de percepção, déficit de atenção, julgamento errado de uma situação e mudanças neuroquímicas - poderiam originar ou estimular comportamentos violentos. A intoxicação crônica pode contribuir com agressões por fatores como privação de sono, abstinência, prejuízo de funcionamento neuropsicológico ou associação com transtornos de personalidade.

O segundo modelo explicaria melhor a relação entre crimes e drogas ilícitas, podendo ser aplicado ao álcool. Está baseado na suposição de que os indivíduos que cometem crimes são mais provavelmente expostos a situações socioculturais e ambientais onde o beber pesado é perdoado ou encorajado. Desta forma, estudos experimentais relatam que, em ambientes onde existirem maior expectativa de aceitação da violência e menor receio das suas consequências sociais, físicas e legais, teríamos um maior índice de criminalidade e abuso de substâncias psicoativas.

O terceiro modelo pressupõe que a relação bebida-violência seja devida a causas comuns, dentre as quais figurariam a personalidade, antecedentes familiares de alcoolismo, fatores genéticos, características de temperamento, pobre relacionamento com os pais, transtorno de personalidade anti-social e todas as circunstâncias sociais que predisporiam ao crime e à bebida.

Niewiadomski (2004) afirma que o álcool é um produto psicotrópico depressor do sistema nervoso central e cujos efeitos desinibidores concorrem à instalação de perturbações psíquicas variadas que podem conduzir à violência. O autor defende que as manifestações violentas associadas ao consumo de álcool podem estar ligadas a

fenômenos de intoxicação agudas ou crônicas. Independentemente da embriaguez simples que raramente conduz a fenômenos delituosos, a embriaguez patológica está freqüentemente envolvida nos fenômenos de violência. Distingue a embriaguez exitomotora (acompanhada de ataques de violências verbais ou psíquicas que conduzem algumas vezes a atos médico-legais), distímicas (que conduzem freqüentemente a repetitivos suicídios) delirantes (associados a fenômenos de ciúme mórbido ou a delírios de perseguição). O autor firma que em sua forma crônica, a dependência do álcool leva a modificações profundas da personalidade: o controle pulsional é alterado e a imaturidade do eu, a dificuldade para tolerar as frustrações, a irritabilidade, a hipersensibilidade e o ciúme irão afetar profundamente as relações do sujeito com seu entorno.

Enquanto alguns especialistas concordam que drogas e álcool freqüentemente têm papel importante nas atividades violentas, Minayo (1997) defende que se trata de uma articulação complexa e pouco analisada. Seu papel específico não está claro, ou seja, é difícil de determinar com precisão o nexos causal entre essas substâncias e atos violentos; as influências do meio e as características individuais dos usuários de drogas e álcool, a prevalência e as correlações precisas entre violência e uso dessas substâncias.

Esta autora afirma que a relação não é causal, estando outros fatores envolvidos. Assim, a violência tem mais chances de ser exercida em determinados segmentos, locais e situações específicas, sob condições específicas. Essas complexidades sugerem que a violência interpessoal que ocorre sob o efeito de substâncias é contextualizada, ou seja, acontece em locais específicos, sob normas e regras específicas de determinados grupos e diante de expectativas que alimentam e são alimentadas dentro desses grupos. “As evidências empíricas sugerem que drogas ilícitas e álcool desempenham importante papel nos contextos onde são usados, porém sua importância fica em grande medida dependente de fatores individuais, sociais e culturais” (MINAYO, 1997:7).

Como se pode concluir é muito complexo o fenômeno da violência e sua articulação com as drogas, exigindo que seja tratado com instrumentos, conhecimentos e ações que ultrapassem a mera representação ou o moralismo simplista. Minayo afirma que isso nos desafia em dois sentidos. O primeiro é que, se em muitos eventos violentos, encontra-se alguma associação com o uso de drogas ou álcool, não se pode

afirmar que inevitavelmente isso aconteça ou que esta relação seja de causalidade. Em segundo lugar, trata-se de uma falácia ecológica a idéia de que substâncias ilegais e pobreza, por exemplo, são responsáveis por eventos violentos. Essa idéia parte de um determinismo biológico, social e econômico. Desta forma, há necessidade de se reconhecer a complexidade do contexto social, da dinâmica das comunidades e das normas culturais historicamente construídas e dos fatores de personalidade e individualidade.

Capítulo 4 - Caminho metodológico

Com o intuito de investigar as interfaces entre a violência doméstica contra a mulher e o uso abusivo de álcool, foram levantados dados que possibilitaram a caracterização das mulheres integrantes do grupo de familiares do PAA. A partir da realização de entrevista semi – estruturada com as integrantes deste grupo que já relataram viver situações de violência doméstica por parte de seu esposo, buscou-se entender como percebem a situação de violência, a dinâmica familiar na qual estão inseridas, assim como analisar de que maneira essa situação influencia no seu cotidiano.

Para o desenvolvimento deste trabalho, optou-se por um levantamento de dados nos registros de prontuários em que constam informações para a caracterização dos sujeitos e anotações dos atendimentos realizados por técnicos do PAA. Também foram entrevistadas três integrantes, que, em algum momento já haviam relatado alguma situação de violência durante as reuniões.

A utilização de uma abordagem de natureza qualitativa permitiu uma visão mais ampla e consistente da realidade que envolve a problemática ligada ao abuso/dependência do álcool e a violência doméstica. Os fenômenos de estudo nessa área são complexos de se pesquisar, devido a sua profundidade que não pode ser encontrada somente nos dados quantitativos. Para Minayo qualquer investigação social deveria contemplar o aspecto qualitativo de seu objeto:

(...) Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação (MINAYO, 1995:22).

Esse tipo de pesquisa busca entender um fenômeno específico em profundidade, trabalhando com descrições, comparações e interpretações, tendo por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não só a visão do pesquisador em relação ao problema.

A escolha da entrevista semi-estruturada como instrumento para a coleta de dados se justifica por possibilitar a obtenção de informações referentes aos mais diversos aspectos da vida, como também, as impressões e sentimentos dos entrevistados diante de suas experiências cotidianas. Nesta linha de pensamento reporto a Minayo

quando defende a tese de que nas ciências sociais a entrevista torna-se um instrumento privilegiado de coleta de informações:

Pela possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ainda ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1995:110).

Nesta mesma direção Triviños acrescenta que:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987:146).

As entrevistas foram realizadas nas instalações do PAA, em data e horário agendados previamente, em data diferente das de realização do grupo de familiares. Procurou-se adotar como orientação a proposta contida em Benjamin (2001): a sala deve ser organizada, silenciosa e não parecer ameaçadora; a disposição das cadeiras deve ser igualmente confortável e próxima uma da outra; e, destaca que para o bom andamento da entrevista é importante evitar as interferências e interrupções. O autor afirma que o entrevistador deve ter como meta facilitar a comunicação, no sentido de promover a coleta de informações.

Seis integrantes do grupo declararam serem vítimas da violência em razão do consumo de álcool pelo marido. Por motivos distintos, não foi possível realizar a entrevista com três delas. Uma encontra-se com problemas de saúde e aguarda ser chamada no Hospital para ser “operada de hérnia”, dessa maneira, encontra-se com dificuldades de locomoção e justificou sua ausência no grupo nas últimas reuniões. A segunda está viajando em função do pai que se encontra com problemas de saúde. A terceira não tem comparecido às reuniões, devido ao assassinato do filho há menos de um mês, o que exacerbou seus sintomas depressivos.

Diante desta situação perguntou-se se o número de sujeitos foram significativos para atingir as metas traçadas, e em Pedro Demo encontrou-se argumentos que permitiram considerar válida as análises que serão apresentadas: “em se tratando de exemplaridade e não de representatividade” deve-se evitar os extremismos: “basta um

depoimento só ou necessitamos de mais de cem”(DEMO, 2001:199, *apud* VARGAS, 2002:80).

O roteiro para a entrevista semi-estruturada (Anexo 1) procurou estimular falas que permitissem identificar como a violência está presente na vida destas famílias, a dinâmica do relacionamento entre o casal e como o consumo do álcool se manifesta e interfere na relação familiar. Todas as mulheres selecionadas aceitaram participar da pesquisa. Triviños (1987) observa que no caso de entrevistas gravadas, as fitas devem ser imediatamente transcritas e analisadas pelo pesquisador ou equipe de investigadores, antes de realizar outra entrevista com o mesmo sujeito ou outras pessoas, nesse sentido teve-se o cuidado de transcrever as entrevistas no mesmo dia em que foram realizadas.

4.1 Delimitando o campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada com as mulheres integrantes do grupo de familiares do PAA, que se localiza no Hospital Universitário de Brasília - HUB. Dessa maneira, é necessário caracterizar o HUB, o funcionamento e as ações desenvolvidas no Programa de Atendimento ao Alcoolismo, além de apresentar a dinâmica do grupo de familiares.

4.1.1 O Hospital Universitário de Brasília

O Programa de Atendimento ao Alcoolismo funciona no Hospital Universitário de Brasília, hospital escola da UnB e integrante do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS – DF). Localiza-se na Via L2 Norte, quadra 604/605 e compreende uma área de meios (técnico-administrativa) e outra de fins (assistência, saúde, ensino de graduação e pós-graduação, educação continuada, integração das atividades docentes assistenciais, e pesquisa).

Os Hospitais Universitários (HUs) - constituem-se em unidades de saúde, de internação e ambulatoriais, altamente especializadas e em geral é a referência terciária única de estados ou regionais de saúde. Muitas vezes é a única alternativa de acesso gratuito da população à atendimento de qualidade e sofisticação técnica. Ao mesmo tempo são centros de formação de profissionais de saúde e de investigação científica. Integram-se assim, neste espaço, ensino pesquisa e prestação de serviços como

atividades simultâneas. O HUB atende predominantemente a população de baixa renda do Distrito Federal e entorno.

4.1.2 O Programa de Atendimento ao Alcoolismo – PAA

O Programa de Atendimento ao Alcoolismo foi criado em novembro de 1990, com o intuito de colaborar no desenvolvimento de estratégias que beneficiem a comunidade no enfrentamento das questões relacionadas ao uso, abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário e seus familiares.

A proposta de criação do Programa de Atendimento ao Alcoolismo se deu em outubro de 1990 a convite do Hospital Universitário de Brasília.

A implantação do Programa de Atendimento ao Alcoolismo no Hospital Universitário de Brasília responde à uma necessidade urgente de se criar condições de tratamento especializado, para uma grande parcela da população que se encontra desassistida e sem condições de manejo dos graves problemas causados pelo alcoolismo, fator este decorrente, inclusive, da difícil situação político-social que atravessa o País (PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISMO: 18).

O objetivo principal do Programa é contribuir para a redução da incidência de problemas relacionados ao consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas no Distrito Federal e colaborar no desenvolvimento de estratégias que possam beneficiar a população, sempre visando a melhoria na qualidade de vida dos usuários. Os seus objetivos específicos estabelecem que o Programa deve buscar a recuperação do usuário de substâncias psicoativas e intervir junto a seus familiares, além de sensibilizar a comunidade para o problema e contribuir para capacitar tecnicamente as equipes de saúde que trabalham na área, bem como estimular a produção científica (PROJETO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISMO, 1990).

O Programa adota a filosofia de redução de danos a partir da compreensão de que, seus princípios e técnicas interventivas são indicados para pessoas que apresentam problemas com álcool e/ou outras drogas. Para Vargas “Tal compreensão permite ampliar o acesso, o acolhimento e a vinculação ao serviço de saúde, além de contribuir para a melhor qualidade de vida das pessoas que usam álcool ou outras drogas em um nível de abuso ou dependência e seus familiares” (VARGAS, 2007:2).

Os atendimentos sempre são feitos com o objetivo de garantir e resgatar a autonomia dos pacientes e visa também a participação destes no tratamento, de forma que eles exerçam o controle sobre o uso das substâncias. A equipe é interdisciplinar, sendo composta por: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, médicos nas especialidades de clínica geral e psiquiatra, médicos residentes, estagiários de medicina, serviço social e psicologia, uma atendente e uma secretária. Para o desenvolvimento de seu trabalho a equipe fundamenta-se no princípio de complementaridade.

O trabalho desenvolvido baseia-se nos seguintes princípios: atenção e respeito aos direitos de cidadania; especificidade na atenção ao paciente na sua relação com as substâncias psicoativas; diversidade de técnicas e forma de abordagem de acordo com a demanda; possibilidade de um espaço institucional ambulatorial que proporcione reestruturação e reorganização de vida; consideração do indivíduo em sua totalidade e respeito pela limitação que apresentam para a busca de solução para os seus problemas (RELATÓRIO ANUAL PAA, 1996, *apud* VARGAS, 2002:71).

Os encaminhamentos ao Programa são feitos pelas unidades diversas do HUB (quando se identifica algum problema relacionado com o uso abusivo de álcool); instituições de saúde de Brasília e entorno, órgãos do judiciário; instituições públicas e privadas, além da procura espontânea de pacientes e/ou familiares. Qualquer que seja a via de chegada é de fundamental importância do conhecimento e autonomia do paciente e o interesse em participar de um tratamento.

O público atendido pelo Programa é composto por pessoas que: apresentam problemas de consumo de álcool e outras drogas e seus familiares; tem interesse em obter informações sobre o álcool e outras drogas; o trabalho demande formação e/ou orientação sobre a questão e por professores e alunos cujo conteúdo curricular requer a abordagem da questão. Além disso, a equipe se dispõe a realizar aulas, palestras e cursos de atualização em unidades interessadas.

Os critérios de elegibilidade para tratamento no Programa são: ser dependente de álcool ou outras drogas, ou os utilizar forma abusiva; apresentar condições físicas e psíquicas para o tratamento ambulatorial; não estar submetido a tratamento do mesmo tipo em outro serviço.

O Programa atende tanto homens quanto mulheres, acima dos 18 anos. Geralmente o número de homens é maior, entre outras razões pelo maior preconceito e dificuldade de aceitação das mulheres que consomem substâncias psicoativas.

Integram a dinâmica de funcionamento do Programa a entrevista de acolhimento e triagem, realizada pelo serviço social; psicoterapia individual ou em grupo; tratamento clínico; avaliação psiquiátrica; acompanhamento de pacientes durante a internação no Hospital; atendimento a familiares em grupo ou individual (sendo os dois últimos itens também atribuições do assistente social); além das visitas domiciliares. Fazem parte ainda da dinâmica do Programa as reuniões de equipe, reuniões de estudo de caso e realização de palestras e cursos.

A entrada do paciente no serviço é um dos momentos mais importantes para sua adesão ao tratamento. Momento que começa no primeiro contato para agendar a consulta podendo ser feito por telefone ou pessoalmente, e irá se desenvolver com o atendimento dado pela recepcionista e se consolidará na forma como for recebido pela equipe.

A primeira consulta corresponde à fase de acolhimento e triagem e é sempre realizada pela assistente social. Trata-se de um espaço de escuta que possibilita a vinculação com a instituição de saúde e permite ao paciente e/ou sua família formular o desejo de se tratar, repensar o estilo de vida e a relação com as substâncias psicoativas. O acolhimento também proporciona o estabelecimento do diagnóstico da situação, a identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção social e familiar; e a definição da elegibilidade e das condições para a concretização do projeto terapêutico (VARGAS, 2007).

A partir desse primeiro contato, em que podem ser realizadas tantas entrevistas quanto forem necessárias, o profissional pode encaminhar os pacientes para outros tratamentos, de acordo com a especificidade de cada caso. São eles: avaliação clínica, avaliação psiquiátrica, avaliação psicológica e também outras unidades do HUB.

Todos os pacientes passam por uma avaliação clínica. O serviço de tratamento de doenças relacionadas ao abuso de álcool é parte integrante do Programa de Atendimento ao Alcoolismo desde 1994. A partir desse atendimento é feita a triagem dos pacientes que necessitarão internação para investigação mais aprofundada do seu grau de comprometimento orgânico e dos que farão tratamento a nível ambulatorial. Os pacientes são acompanhados pela clínica médica por no mínimo três meses. Se não

apresentarem outras queixas e alterações, será dada a alta (PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISMO, 1994).

A indicação do atendimento psiquiátrico pode ser feita pela psicologia, pelo médico clínico ou pelo assistente social. O objetivo é detectar entidades psiquiátricas mórbidas que atuam como elementos causadores ou desencadeadores do uso, abuso ou dependência, ou ainda detectar quadros psicopatológicos decorrentes da dependência de substâncias psicoativas, incluindo o tratamento de casos de síndrome de abstinência leve ou moderada (PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISMO, 1994).

A avaliação psicológica é uma tentativa sistemática de se obter uma visão psicológica do paciente, resultante da interação deste com o terapeuta. É um espaço de escuta que possibilita a transformação de sintomas e do sofrimento psíquico em posturas criativas diante da vida e a elaboração de conflitos. A psicoterapia, individual ou em grupo, dependendo do caso, pretende levar o indivíduo a uma mudança na relação estabelecida com a droga, bem como melhor adaptação do paciente ao seu meio social, familiar, afetivo e profissional. Ocorre de forma individual quando os sintomas e conflitos precisam ser trabalhados num espaço singular. Já a de grupo favorece importantes formas de interação afetiva, vinculações, ressonância, e de continência. Além disso, o espaço de grupo possibilita o surgimento de identificações e de desempenho de papéis (PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISMO, 1994).

O atendimento durante a internação no HUB é feito a pacientes que tenham comprometimento devido ao uso de substâncias psicoativas enquanto se encontram internados no Hospital. O objetivo dessa intervenção é sensibilizar o paciente e seus familiares sobre sua problemática e mobilizar para os cuidados com a saúde, assim como para a necessidade e possibilidade de tratamento ambulatorial. A solicitação do atendimento é feita pelos médicos mediante suspeita/confirmação de abuso ou dependência de álcool e /ou outras drogas.

O trabalho desenvolvido junto aos familiares é realizado pela assistente social por meio de entrevista de acolhimento e triagem e acompanhamento individualizado. É também realizado um grupo de familiares quinzenalmente. O grupo é um espaço de escuta que objetiva atenuar as tensões por meio de apoio, orientações, esclarecimentos,

expressão de sentimentos e discussão de estratégias de enfrentamento; resgatando a identidade, a competência e autonomia do familiar.

As visitas domiciliares se realizam quando o paciente não tem uma rede de apoio e a equipe se mobiliza para a articulação desta. O uso do genograma em alguma intervenção representa visivelmente essa rede, as pessoas que poderiam se articular com o paciente, além de registrar fatos específicos da história de vida dele, para que sejam formuladas e incentivadas novas alternativas no enfrentamento dos problemas.

Reuniões de estudo de caso acontecem semanalmente, com o objetivo de obter uma visão mais abrangente de pacientes específicos e sua situação, de forma a identificar qual a modalidade de tratamento mais adequada. As reuniões de equipe são realizadas bimestralmente, ou quando necessário, com a intenção de discutir os problemas relacionados à dinâmica do trabalho e o desenvolvimento da equipe (PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISMO, 1994).

O Programa também estende sua atuação à comunidade externa ao articular-se à rede social existente: presta assessoria, oferece palestras, treinamentos, oficinas e cursos, além de participar em eventos científicos e colaborar com outros serviços da comunidade.

4.1.3 O grupo de familiares do PAA

As reuniões do grupo de familiares do PAA são realizadas quinzenalmente nas terças - feiras, durante uma hora e meia. O grupo é composto por 11 mulheres que buscam ajuda para enfrentar a situação de uso/abuso ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas por parte de algum familiar. Antes do ingresso a assistente social realiza uma entrevista de acolhimento com o objetivo de ouvir a família, sobre suas dificuldades, suas expectativas em relação ao tratamento e mapear os fatores de risco e proteção existentes no contexto familiar. A entrevista tem ainda o objetivo de identificar a visão que a família tem sobre o problema, prestar informações quanto à natureza e a rotina das intervenções e, finalmente, verificar a possibilidade e a disponibilidade de participação no tratamento. São três os critérios principais de escolha para o familiar passar a freqüentar as reuniões: mobilização para participar do grupo;

disponibilidade de ir às reuniões; e que sua problemática individual seja possível de ser compartilhada em grupo (PROJETO PAA, 1990).

Considera-se fundamental a participação da família no processo de tratamento do usuário de substâncias psicoativas. A razão da inserção da família no tratamento se dá no entendimento de que o que ocorre com um indivíduo que vive numa família não decorre apenas de condições internas a ele, mas também de um intenso intercâmbio com o contexto mais amplo no qual está inserido.

O pedido de ajuda da família, em geral, é expresso de várias formas. Procura-se estimular o familiar a manifestar o desejo de tratar as questões que dizem respeito à dinâmica das relações familiares e, principalmente buscar o resgate da sua identidade e autonomia. Acredita-se que essas pessoas estão inseridas num contexto familiar onde há mútua influência (interação permanente) dos valores, crenças, emoções e comportamentos de todos (VARGAS, 2002).

O grupo de familiares do PAA tem características de ser auto – expressivo, de auto-ajuda e de apoio, proporcionando aos membros a reflexão sobre suas dificuldades relacionadas à situação de um familiar que apresenta problemas com o consumo de álcool e/ou outras drogas. Para Santos e Silva :

(As características do grupo de familiares do PAA) [...] fazem com que cada participantes seja o espelho do outro, na medida em que se dá um engajamento enérgico de expressões de conflitos, estimulando a conhecer o problema, a descobrir o que está acontecendo e a refletir de como agir a partir da fala do outro [...] A troca de experiências possibilita a reflexão sobre as próprias experiências, emergindo saídas de como podem lidar melhor com o problema, de como podem viver melhor, dando ênfase a auto estima das participantes (SANTOS E SILVA,1996:14).

Os estudos sobre os valores terapêuticos do grupo comprovam que mudanças de comportamento ou de funcionamento social ocorrem com a participação em movimentos sociais, políticos ou comunitários. É esta potencialidade do grupo como instrumento de mudança que fundamenta a forma de abordagem dos familiares no PAA.

Para Milane:

No trabalho com grupos, o assistente social tem um papel de orientador, já que, ao compreender as necessidades de um grupo e dos indivíduos que o integram, deve prestar ajuda, guiando ou orientando o processo para que o grupo atinja a satisfação de suas necessidades [...] O trabalho com grupos em serviço social, com processo de ajuda em resolução de problemas, tem valor potencial de tratamento. Envolve a ação de compreender para ajudar o grupo a compreender-se; de apoiar para fortalecer os membros a fim de que enfrentem melhor as dificuldades e tensões; e de interpretar para clarificar possibilitando mudanças de percepção e atitudes (MILANE, 2006:24).

As ações do grupo permitem que a família esteja em condições de auxiliar o seu membro que apresenta problemas com o consumo de substâncias psicoativas. O papel do assistente social nesse grupo é de intervir de alguma forma na angústia e sofrimento apresentados pelos familiares. Trata-se de uma modalidade de intervenção fundamental para um serviço de atenção a este segmento da população, na medida em que as famílias trazem consigo atitudes preconceituosas e expectativas contraditórias frente ao consumo de substâncias psicoativas e seu tratamento.

Capítulo 5: Apresentação e análise dos dados

5.1 Características sócio-demográficas do grupo de familiares do PAA

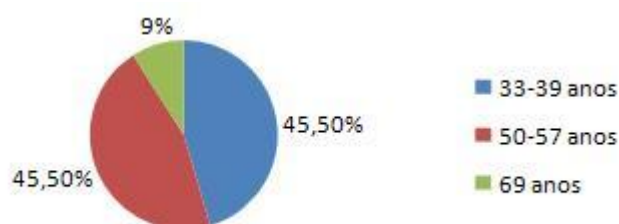
As informações que permitiram a caracterização sócio-demográfica das integrantes do grupo de familiares do PAA foram agrupadas em quatro categorias: 1) características pessoais: idade, local de nascimento e as informações sobre o tempo que reside no DF; 2) condição sócio-econômica: tipo de moradia, local onde vivem, informações sobre escolaridade, renda familiar e trabalho; 3) vínculos familiares: quem na família faz uso de substâncias psicoativas, situação conjugal e o número de filhos; 4) vínculo institucional: tempo de tratamento no Programa. Constatar tais aspectos permite ampliar a compreensão sobre as especificidades das mulheres familiares em tratamento no Programa bem como redirecionar a estruturação da abordagem realizada no serviço.

5.1.1 Características pessoais

Agrupar as características pessoais possibilita identificar o atual estágio no ciclo natural da vida, o reconhecimento de alguns aspectos relacionados à cultura do lugar de origem, bem como mapear a possível rede social presente no lugar de residência.

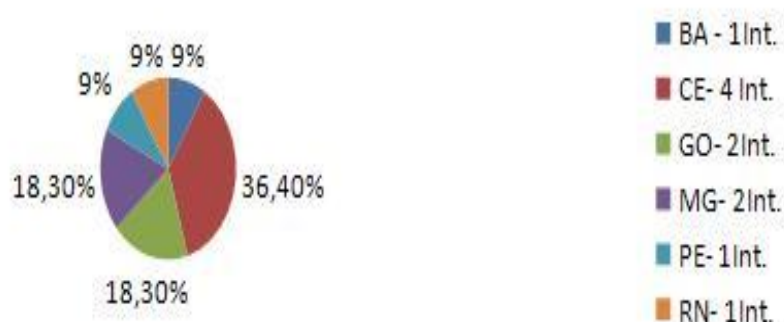
Os dados a respeito da faixa etária demonstram que a idade média das 11 integrantes do grupo de familiares é de 47 anos e 6 meses. As idades se distribuem de maneira uniforme: cinco integrantes (45,5%) têm entre 33 e 39 anos, cinco estão entre 50 e 57 anos (45,5%) e a integrante mais velha do grupo tem 69 anos.

Gráfico 01 – Distribuição das mulheres integrantes do grupo de familiares por faixa etária - PAA/HUB, Brasília, 2007.



Em relação ao local de nascimento, todas nasceram em cidades diferentes, porém, somente seis estados foram identificados, sendo a maior parte procedente do Nordeste: Bahia, uma integrante (9%); Ceará, quatro integrantes (36,4%); Goiás, duas integrantes (18,3%); Minas Gerais, duas integrantes (18,23%); Pernambuco, uma integrante (9%) e Rio Grande do Norte, uma integrante (9%).

Gráfico 02 - Distribuição das mulheres integrantes do grupo de familiares pela unidade da Federação de nascimento - PAA/HUB, Brasília, 2007.



Em média, as integrantes estão há 28 anos e 1 mês em Brasília. No prontuário de três familiares não foi localizada esta informação. Quem está a menos tempo no DF está há 11 anos e a mais antiga moradora está há 45 anos. Somente duas delas residem há menos de 20 anos. Esses dados sugerem o entendimento de que estas familiares já estão adaptadas às características da cidade e com maior possibilidade de conhecimento dos recursos existentes na rede social, bem como de sua utilização.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (Pnad) do IBGE de 2003, 54,44% das pessoas que moram em todo o Distrito Federal são de outros Estados ou outros países.

5.1.2 Condições sócio-econômicas

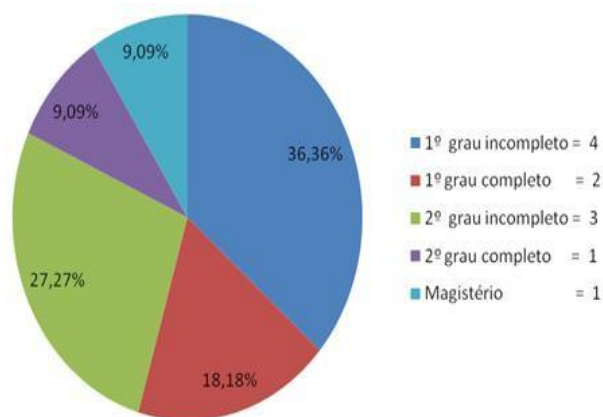
A identificação das condições sócio-econômicas permite perceber a forma de sustentação financeira, a inserção no mercado de trabalho, a localização da moradia, as possibilidades concretas de locomoção e de participação nas atividades de lazer.

Das 11 mulheres integrantes do grupo de familiares, todas moram em casa (100%) e somente uma (9%) não possui a casa própria, morando de aluguel.

Quanto ao local de moradia, nove locais diferentes foram identificados: Samambaia, duas familiares (18,30%); Planaltina, uma integrante (9%); Guar II, uma integrante (9%), São Sebastião, uma integrante (9%); Lago Norte, uma integrante (9%), Ceilândia, uma integrante (9%); Brazndia, uma integrante (9%), Paranoá, 2 integrantes (9%). Somente uma integrante mora fora do DF, residindo em guas Lindas de GO, cidade do entorno que, no geral, depende dos serviços de saúde de Brasília.

Em relação  escolaridade, quatro integrantes (27,2%) não completaram o 1 Grau, duas (18,3%) tem o 1 Grau completo, trs (27,2%) possuem 2 Grau incompleto, uma (9%) possui 2 Grau completo e uma (9%) fez Magistério.

Gráfico 03- Distribuição das mulheres integrantes do grupo de familiares pela escolaridade - PAA/HUB, Brasília, 2007.



Já quanto  renda familiar, a média  de 3,5 slrios mínimos. Uma integrante tem renda familiar de menos de um slrio mínimo, duas tem de um slrio mínimo, duas possuem de 2 a 3 slrios, trs de 4 a 5 e duas de 6 a 7 slrios mínimos. Das 11 integrantes, sete (63,63%) não trabalham e são dependentes financeiramente do marido ou de outros familiares. Quatro delas (36,36%) trabalham e todas recebem 2 slrios mínimos.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres integrantes do grupo de familiares, conforme renda familiar em slrios mínimos - PAA/HUB, Brasília, 2007.

Renda Familiar	Número de Integrantes	%
- de 1 slrio mínimo	1	9%
1 slrio mínimo	2	18,3%

2 a 3 salários mínimos	2	18,3%
4 a 5 salários mínimos	3	27,2%
6 a 7 salários mínimos	3	27,2%

Salário Mínimo Atual: R\$ 380,00

Importante destacar que por meio de pesquisa nos registros dos prontuários, não foi possível identificar quantas pessoas residem com as integrantes, quantas possuem renda, quantas são dependentes financeiramente, dentre outros aspectos considerados fundamentais para uma análise detalhada desta questão

5.1.3 Vínculos familiares

A compreensão dos aspectos ligados à dinâmica familiar se fundamenta na importância das relações intrafamiliares no sentido de fortalecimento dos vínculos, mapeamento dos fatores de risco e de proteção presentes no ambiente familiar e no resgate da competência da família para o enfrentamento das dificuldades próprias de contexto como o pesquisado.

Em relação a quem na família faz uso de substâncias psicoativas, dez, das onze integrantes frequentam o grupo de familiares pelo fato do esposo ser dependente de álcool. Uma delas participa em função de dois filhos e com duas a situação é mais complexa: além do marido, o filho também faz uso de álcool e/ou outras drogas. A participação da família no grupo não está condicionada ao engajamento do familiar dependente de álcool e/ou outras drogas ao tratamento

Todas as integrantes do grupo (100%) são casadas e em média possuem 1,9 filhos. Somente uma (9%) não possui filhos, duas (18,3%) possuem um filho, cinco integrantes (45,5%) possuem dois filhos e três familiares (27,2%) possuem três filhos. Constata-se que a totalidade das mulheres vive em uma unidade doméstica que conta com alguma forma de organização familiar, mas não foi encontrado registros informando as particularidades dessa organização para uma melhor compreensão da dinâmica em que estão inseridas.

Gráfico 04 – Distribuição das mulheres integrantes do grupo de familiares, por número de filhos, PAA/HUB, Brasília, 2007.



5.1.4 - Vínculo institucional

Esta categoria refere-se ao tempo que a mulher integrante do grupo de familiares está vinculada à instituição sinalizando um movimento de busca de ajuda para um processo de mudança nas relações familiares, para manejo de suas dificuldades e principalmente o fortalecimento do nível de consciência da dimensão coletiva do problema. Diz respeito também à questão do acesso ao direito ao tratamento da saúde pessoal e familiar.

Cinco das familiares ingressaram no grupo neste ano de 2007, uma no ano de 2006, quatro delas foram no ano de 2005, e a mais antiga das integrantes faz tratamento desde 2002

5.2 Análise das entrevistas

A opção de realizar entrevistas semi-estruturadas com as mulheres integrantes do grupo de familiares justifica-se pela necessidade de uma maior aproximação de suas realidades de forma a ampliar a compreensão acerca do tema violência identificado como recorrente nos depoimentos prestados durante as reuniões.

Para análise das falas foram adotados os seguintes procedimentos: 1) ordenação dos dados com o mapeamento das informações obtidas no trabalho de campo; 2)

classificação dos dados, por meio de uma leitura exaustiva do texto identificando o que surge de relevante e agrupando em categorias específicas; e 3) análise final buscando articulações entre os dados e as referências teóricas da pesquisa e respondendo aos seus objetivos.

A apresentação e análise dos conteúdos das entrevistas foram divididas em quatro categorias consideradas mais frequentes e mais significativas nas falas das mulheres entrevistadas. A primeira busca compreender como as entrevistadas associam o consumo de álcool com a violência; a segunda analisa a concepção de violência das integrantes entrevistadas, a terceira considera as repercussões da violência e do consumo do álcool na vida do casal e a quarta apresenta os movimentos de proteção dessas mulheres.

A seguir apresenta-se algumas informações importantes para contextualizar as três mulheres entrevistadas, dentre as onze integrantes do grupo de familiares:

Número 1: Ilza, 37 anos e casada. Terminou o magistério e trabalha como professora. O esposo encontra-se em tratamento no PAA.

Número 2: Dolores, 56 anos e casada. Tem o primeiro grau completo, é copeira, e no momento encontra-se desempregada. O esposo está em tratamento no PAA.

Número 3: Sonia, 33 anos e casada. Terminou o 2º grau, é agente de saúde, mas está afastada do trabalho por motivos de saúde. O esposo encontra-se em tratamento no PAA.

Tais nomes são fictícios, com o propósito de preservar a identidade dessas mulheres e garantir o sigilo.

5.2.1 Associação álcool/violência

A associação entre a violência e uso, abuso e dependência de substâncias tem sido investigada por vários autores, mas uma relação causal não pode ser inferida. Minayo (1997) destaca que não se deve confundir associação com causação, e que outras variáveis devem ser incluídas. Porém, alguns dados têm mostrado que a violência mantém relação direta com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Uma pesquisa realizada em 2004 pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas (NIDA) dos Estados Unidos observou que o uso excessivo de bebidas alcoólicas é um fator

verificado em 68% dos homicídios culposos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos no país (NOTO E FORMIGONI, 2002).

Há ambientes, situações e condições individuais em que a violência interpessoal tem mais chance de ser exercida, e, sem dúvida, o álcool altera a percepção das interações sociais e freqüentemente atua como um desinibidor, facilitando a violência.

A violência por parte do marido está presente na vida das três entrevistadas, que apontam uma mudança significativa de comportamento por parte dos parceiros após ingestão de álcool:

“Briga com ele sóbrio nunca. Ele não se manifesta sóbrio, ele não fala. Ele é paciente. Ele até assim... Raciocina bastante. Se ele tem problema no serviço né, ele sabe se sair muito bem, sem discussão, ele tem controle sobre ele. Agora alcoolizado...” (Sônia)

“Quando o álcool não está presente não tem briga. É por isso que eu agüento. Ele é muito bom, o que ele tem ele dá tudo, ele tendo... Agora quando tá alcoolizado... Ele vira outra pessoa” (Ilza)

“Quando ele saía daquela bebida ele era uma pessoa totalmente diferente. Mal fala. Mal fala mesmo... Mal falava com as pessoas. Era incapaz de dizer que eu sou feia. Mas com a bebida, diz que vai cortar o meu pescoço, que vai fazer isso, que vai fazer aquilo... Um monte de coisa. Só com a bebida mesmo... Impressionante. Se transformava. Uma pessoa totalmente diferente... Totalmente diferente... É horrível, horrível. Como que a bebida faz essa confusão toda no cérebro de uma pessoa? Totalmente diferente... Ele não era aquela pessoa. Muita diferença.” (Dolores)

Esse comportamento agressivo não se manifesta somente com a esposa e os filhos no âmbito doméstico, mas também com as pessoas que fazem parte da rede de convivência social. A extensão do nível de implicações, provocada por essa conduta, sugere a compreensão de que as possibilidades de envolvimento em situações de risco são maiores e exigem, portanto, uma mobilização maior dos membros da família para sua segurança e proteção. Ressalta-se aqui a constatação de que somente uma das pesquisadas não tem filhos e pelos relatos nas reuniões sabe-se que seus esposos fazem uso da bebida alcoólica há vários anos permitindo, assim, inferir que a violência esta presente no contexto dessas famílias há muito tempo.

“Eu sei que ele brigou na rua esses dias aí... sábado passado parece... Mas ninguém me disse nada, ele não me disse nada... Mas eu vi a roupa dele toda suja, perguntei...” “Você caiu?” “Tinha assim, uma marca assim de sangue na blusa dele... não sei como foi... Ai eu falei...” “Isso é batom?” “Ai ele falou... disse que tinha dado umas porradas num cara aí... Eu fico até com medo, quem é esse cara? Der repente pode vir pra cima de mim, eu sem saber, pode querer vir descontar na minha filha.... E eu tenho que saber quem... mas ele não me disse quem... Mas eu sei que brigou. [...] Ele xinga muito a minha filha também, ele não agredia ela antes... E depois ele diz que não fez nada. E tem hora que ele também xinga a bichinha assim, de preguiçosa,

sabe...eu não sei... De fofoqueira, se ela fica perto de mim, ou então ela fica perto quando a gente tá discutindo e ele xinga de fofoqueira....” (Ilza)

“Ele nunca tinha sido agressivo com os outros... Ele sempre foi aquele cara gente boa, com os amigos ele é o melhor amigo de todo mundo, é o melhor parceiro de bar, o melhor amigo pra chamar pra um churrasco.... Mas semana passada eu fiz um jantar pra minha amiga e ele se desentendeu com um colega meu.... Ele foi super agressivo, coisa assim que, nossa, nunca tinha passado com ele... Ele jogou o copo de cerveja fora, foi uma palhaçada sabe... E eu com a chave do carro pra ele não sair dirigindo nervoso daquele jeito... E todo mundo olhando... E ele gritava: Me da a chave! Me da a chave! E eu calma... Calma... Tentando manter a calma... Eu vou te dar a chave! Calma... E ele me ameaçando... Se você não me der essa chave agora...!Eu acho que se meu colega tivesse ido lá fora ele ia agredir... Ha mas ia...! Teria agredido mesmo...” (Sonia)

“Era mais mesmo comigo. Mas ele ficava com os outros também... Porque uma vez eu cheguei do trabalho a noite e ele tava jogando pedra nos mala da rua... Eu acho que uma pessoa que faz isso... Tá fora de si muito mais porque.... Eu vou jogar pedra nos mala? Jamais!Eu chamo a polícia, mas não vou discutir com mala... Nunca!” (Dolores)

Edwards (1995) afirma que qualquer pessoa que trabalhe com dependência de álcool deve conhecer a ampla variedade de doenças mentais que resultam do abuso do álcool ou estão por trás dele. Tal afirmação não significa dizer que todas as pessoas com problemas pelo consumo do álcool tenham uma doença psiquiátrica subjacente, mas que tais doenças acontecem com frequência. Gitlow e Peyser destacam que alterações súbitas na personalidade são frequentes e que “a mudança geralmente é de agradável para extremamente hostil, agressivo, mesmo violento, ou para desamparado, lamuriento e sentimental” (GITLOW E PEYSER, 1991:44).

Um fenômeno frequente, mas pouco compreendido é o “apagamento”, amnésias transitórias que podem ser induzidas pela intoxicação. Para Gitlow e Peyser (1991) o ‘apagamento’ alcoólico é um período de amnésia total numa situação de bebida durante a qual o bebedor pode ou não parecer aos outros estar sob a influência do álcool. Tal fenômeno acontece constantemente e é difícil de ser compreendido pela família, reproduzindo a percepção ainda hoje presente na sociedade em geral que considera tal atitude como resultado da falta de caráter, ou até mesmo acredita que ocorre a negação e omissão intencionalmente. Essas situações podem estimular sentimentos ambivalentes como raiva, pena, dúvidas quanto ao entendimento da real situação e insegurança quanto às atitudes adequadas a serem tomadas.

“Me manda sair de casa, toda vez que eu falo alguma coisa ele diz que eu que quero sair de casa. Ele nem lembra no outro dia, Ele nem fala nada... Ele fala: “há amor, esquece!” entendeu?” (Ilza)

“Qualquer coisa era motivo... Qualquer coisa... Era ele colocar os pés dentro de casa. Me xingava muito... E olha... Às vezes ele até dizia que me amava e na mesma hora ele falava que

queria cortar o meu pescoço... E no outro dia não se lembrava de absolutamente nada... Vinha como se nada tivesse acontecido... Eu não sabia o que fazer... Até duvidava se não lembrava mesmo... Como que pode uma coisa dessas?” (Dolores)

“Aí quando a gente tava vindo (embora de uma festa) ele queria tacar o carro em cima de outro carro... Primeiro ele entrou numa contra mão... [...] Depois um carro que vinha no lugar certo, na mão certa, queria passar... E ele fez o cara voltar. Ele tando errado, ele fez o cara voltar, arrogantemente... Sabe, fez o cara voltar... Quando ele viu o carro era um Vectra, um carro caríssimo... E ele queria tacar o carro em cima. Aí quando foi no outro dia, ele disse que não lembrava de nada... Foi quando eu comecei a falar em tratamento... Você tá precisando de um tratamento, você tá ficando agressivo, aconteceu isso e isso na festa... Ele lembrava de algumas coisas, sabia que tinha brigado, mas não lembrava o que tinha feito com o carro....”(Dolores)

Outra questão levantada pelas mulheres entrevistadas refere-se ao ciúme exagerado:

“Sempre que ele bebia, ele dizia, tudo que ele bebia e me ameaçava porque ele é muito possessivo, muito ciumento, demais, demais, demais... [...] Não pode ir ninguém em casa, nem vizinho, nem colega... Nem nada... Porque ele já começa a falar que alguém tá me mando recado, que eu tenho outra pessoa, recado de macho pra mim ...Se tem uma torneira estragada eu não posso chamar ninguém pra arrumar...ele tá consciente ele não chama, porque quando ele tá, ele é muito cuidadoso com a casa, com tudo...gosta de tudo arrumado, tudo bonitinho....mas eu não posso agir, porque se eu chamo um técnico ele diz que é macho meu, é muito difícil....tudo de errado sou eu.” (Ilza)

“Tem um ciúme que eu acho que é próprio da bebida... E por isso eu quase separei dele. Até fui conversar com uma Defensora pública... Mas ele não aceitava separação judicial... E ele não ia embora de casa. [...] Se eu não quisesse (ter relação sexual) ele falava q eu tinha outro....um ciúme louco, até com mulher!!Além do normal. Era horrível. Isso foi a pior coisa que aconteceu....Até pior que as agressões....Quando ele falava isso eu ficava com raiva, porque eu não tinha... Quando ele falava essa parte do ciúme eu tinha ódio, queria estrangular... Eu odiava isso... Não gosto nem de pensar... Foi a pior coisa....Mas depois ele parou...ele mesmo fala que era uma doença...parecia uma doença Ele chegava a ver as coisas, criava as coisas....criava aquilo lá. Se continuasse eu não ia agüentar. Eu nunca gostei de ficar presa a nada..eu sou livre....eu faço se eu quiser aquilo parece que te deixa presa...Horrível..Pior parte da bebida.Essa coisa não dá...” (Dolores)

Para Edwards (1995) esta condição de ciúme patológico é encontrada com bastante frequência no tratamento de problemas com o álcool. Os aspectos característicos desta síndrome sugerem que ela pode, algumas vezes, ser comparada a um transtorno obsessivo. A questão da sexualidade torna-se uma idéia fixa e unilateral. A literatura sobre o tema comumente faz referências à associação entre consumo de álcool e problemas na sexualidade possibilitando o surgimento da instabilidade na vida sexual, insegurança no relacionamento afetivo e conseqüentemente o ciúme e atitudes violentas. Quadros como esses podem promover nas companheiras certa fragilidade na sua auto-estima, problemas na identidade e autonomia, desesperança e falta de perspectiva quanto ao relacionamento amoroso.

“Eu não consigo... e ele cobra muito... e eu não consigo... depois de tudo isso ele quer fazer amor? Ai ele diz q eu tenho outro macho, sou vagabunda....” (Ilza)

“Tem um ciúme que eu acho que é próprio da bebida... E por isso eu quase separei dele. Se eu não quisesse (ter relações sexuais) ele falava q eu tinha outro... [...] Quando ele tava embriagado e eu não queria ele ficava com raiva... [...] Um ciúme louco ate com mulher! Além do normal. Era horrível.” (Dolores)

5.2.2 Concepção de violência

As familiares entrevistadas vivem em situações constantes de violência, em suas várias formas de expressão. Convém lembrar que a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) define tal violência como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada”. A violência física e verbal, o medo, a relação de autoridade e as permanentes ameaças foram identificadas durante as entrevistas:

“Eu me torno assim a inimiga dele, tudo que eu faço pra ele é péssimo, tudo que eu quero é o mal dele, eu sou a pior pessoa na vida dele... Diz que não sabe o que ele ta fazendo comigo.... É ofensa em cima de ofensas... Hoje em dia eu até já nem me importo... [...] Ano passado foi quando ele mais aprontou, mais teve agressão, mais teve tudo que você imaginar. De palavra, de espancar mesmo, de bater... De fazer sabe...” (Sonia)

“Me xingava muito... E olha... Às vezes ele até dizia que me amava e na mesma hora ele falava que queria cortar o meu pescoço...” (Dolores)

“É Quando ele bebe demais ele só fala em me bater... Isso me revolta. Eu tenho medo de dormir e ele me bater. [...] Ele me ameaça. Ele ameaça de dar na minha cara, de me matar, daí eu fico com medo, eu não sei... porque ele não ta na real dele. Eu não fico tranquila, daí eu deito e não consigo dormir, porque às vezes eu deito e ele ta no sofá e fica me chamando e eu não sei como evitar [...] Ele me xinga demais, o tempo todo... Diz que eu sou preguiçosa e vagabunda....Eu não aceito.... É muito revoltante.” (Ilza)

A expressão *violência contra a mulher* é geralmente associada à ocorrência de agressões físicas e/ou sexuais. Porém, algumas atitudes e comportamentos, muitas vezes já incorporados nos atos do cotidiano, estão impregnados de conteúdo violento, de caráter simbólico, que vão desde a educação diferenciada a toda uma cultura sutil de depreciação da mulher, mesmo com a ausência do ato agressivo propriamente dito. A violência psicológica é caracterizada por desrespeito, verbalização inadequada, humilhação, ofensas, intimidações, traição, ameaças de morte e de abandono emocional e material, resultando em sofrimento psíquico.

Porém, não só para as entrevistadas, mas também para o senso comum, ainda existe uma concepção errônea de violência, na qual ela só é concebida quando se configura como agressão física:

*“Ele reclama de tudo. É uma raiva tão grande, ele me chama de preguiçosa, de vagabunda... Eu não aceito... Ele me ameaça, ameaça de dar na minha cara... **Mas pelo menos** ele me bateu poucas vezes... De agredir mesmo...” (Ilza)*

*“Ele chegava em casa bêbado... Se eu fosse falar alguma coisa, reclamar, porque ele tava chegando aquela hora, ou porque gastou o dinheiro que não devia ser gasto.... Essas coisas. Aí sempre discussão... Qualquer coisinha já era motivo. É ofensa em cima de ofensas... Hoje em dia eu até já nem me importo... Porque eu sei que é da bebida né... Mas assim, **agressão teve só duas vezes** na nossa vida assim que eu senti ele muito agressivo por conta da bebida...” (Sonia)*

*“Teve uma vez que ele me agrediu a noite toda, **não assim batendo**, mas me perturbou, me xingou, me ameaçou a noite toda.... Eu até cheguei a ir na delegacia...” (Dolores)*

Em uma das familiares a violência estava presente em sua família de origem. Pode-se inferir que a figura do pai agressivo, não somente com ela, mas também com a mãe e com o irmão, minimiza a situação de violência que vive atualmente com o marido. Ao refletir sobre esse aspecto recorre-se, ao consenso na literatura de que há a possibilidade de reprodução do modelo familiar, ou seja, da situação de violência, do consumo de álcool e do papel a ser desempenhado pela mulher entre as gerações. Confirma-se a “concepção de transmissão geracional dos padrões de funcionamento das famílias e dos casais em relação ao uso do álcool” (VARGAS, 2002:138).

“Agressão mesmo eu sofri com o meu pai... Cresci vendo ele beber, batendo na minha mãe... Entendeu... Ele já quebrou meu dedo, com 16 anos ele fez eu ficar assim com os olhos roxos, de não ir no colégio.... De tapa mesmo, de cair no chão... De ser super autoritário, a vida inteira, de ninguém poder falar nada... Minha infância todinha... Minha revolta todinha com meu pai era essa... Dentro de casa você não podia falar nada. Você sempre tava errada e ele era o certo. Sabe... Agressão do meu marido foi muito pouco, foi só duas vezes... Perto do que eu passei com o meu pai, é muito pouco. A maioria das vezes, três vezes no máximo, que foi essa última vez agora... Quando meu filho era pequeno, e uma outra vez também que eu me lembro também que ele ficou muito agressivo.... Mas fora isso...” (Sonia)

5.2.3 Repercussões da violência na vida do casal

Situações de violência geram repercussões humanas e sociais diretas não só para as mulheres a elas submetidas, mas para toda a sociedade e, conseqüentemente, para o estilo de vida e as relações entre o casal.

Para Moreira e Matta (2006) as pessoas envolvidas no ato violento têm participação ativa. Destacam as quatro premissas básicas acerca do padrão violento nas relações familiares: (1) a violência não é um fenômeno individual estanque, sendo construído e reconstruído constantemente na esfera social; (2) todos os indivíduos que participam nessa interação acham-se implicados; (3) a interação se organiza de modo a aparecer a violência, e (4) qualquer pessoa pode chegar a ser violenta em diferentes modos, uma vez que o indivíduo não é em si violento, mas que pode manifestar a violência em função da forma com que constrói suas relações, que, por sua vez, é influenciada pelos modelos de aprendizagem presentes em seu histórico de vida.

Nesse sentido, percebe que a violência dos maridos gera uma resposta também agressiva por parte das mulheres. Tem-se, assim, um círculo vicioso: as mulheres agredidas que permanecem com os companheiros agressores tornam-se frequentemente, agressivas, o que leva os casais a terem um dia-dia cada vez mais violento, em que os conflitos se multiplicam e se intensificam.

“Tem hora que eu engulo... Mas tem hora... E eu tenho problema de pressão alta também, aí aquilo vai me subindo... Eu não agüento... Eu tenho que falar alguma coisa. Aí minha filha fica encolhidinha, com o dedinho na boca, pra eu ficar quieta... Tem horas que eu não brigo mais por causa dela...” (Ilza)

“(Ano Passado) Foi quando ele mais aprontou, mais teve agressão, mais teve tudo que você imaginar. De palavra, de espancar mesmo, de bater... De fazer sabe... E eu não quieto também... Eu fico nervosa... E nunca foi assim eu bebendo e ele bebendo, sempre foi assim ele bebendo e eu sóbria... Aí eu fico agressiva, muito agressiva, fico fora de mim, fico assim, transtornada... E a maioria das vezes quem agredia mais ele era eu.” (Sonia)

“E eu brigava muito também, chegando a ficar violenta também né... É uma coisa que eu não era... Sabe? Eu fiz coisas assim também que eu achava... Que eu fiquei assim perplexa! Meu Deus, como que eu fiz isso? Não era pra fazer... Eu me arrependia... Eu maltratava né... [...] Eu falava... Brigava muito com ele, chamava ele muito de alcoólatra, de pé inchado... Eu não sabia como lidar... E tudo aquilo me deixava nervosa também né... E ainda assim da minha idade, da menopausa... os hormônios... Ai... Era muito difícil né... Muito difícil mesmo.” (Dolores)

Diversas pesquisas apontam os prejuízos para a saúde e qualidade de vida das mulheres agredidas. Como consequência desta vivência, vários sentimentos são desencadeados e a mulher submetida à violência doméstica pode desenvolver sentimentos de culpa e vergonha pela situação em que vive, isolar-se do restante da família, ter impedimentos ou dificuldades na vida profissional e manifestar problemas de saúde que caracterizam-se como inviabilizadores para a convivência social, tais como a depressão e instabilidade emocional.

“Assim, eu não deixo transparecer nada, pra minha família, nada... Eu fico com tudo assim... Mas não sei se eu vou agüentar muito tempo... Fico pensando assim... Porque cada vez está pior.” (Ilza)

“(Essa situação de violência) Me prejudica demais, demais, demais... Igual eu te falo....A questão do meu trabalho né....Eu tive que deixar de lado por causa dele..... E eu passei a ser uma pessoa descontrolada emocionalmente... Eu sempre né, desde criança tive que conviver com a bebedeira do meu pai... Aí venho casar com uma pessoa assim... Se eu tiver assim em uma situação... Eu sei fazer tudo dentro do meu serviço... Trabalho lá tem tempo, tranquilamente, sou super agradável, as pessoas lá me adoram... Mas se eu tiver um problema, se você for minha chefe e vir reclamar alguma coisa comigo, eu não sei me controlar...Eu fico assim, tremendo...eu me tremo toda.[...] Quando acontecia assim... Dá assim... Uma tristeza... Uma falta de vontade de viver... Falta de estímulo pras coisas... Que normalmente você gosta de fazer... Gostava de fazer... Perdi a vontade, entendeu? Várias vezes quando minha filha era pequena, eu pegava ela assim e saía andando, sem rumo, sem destino.... É estranho, porque quando meu marido ta sem beber ele é muito calmo, ele muito controlado... Ele nunca assim, provoca, inicia uma briga...” (Sonia)

“Há, me prejudica, eu sinto, com certeza! Me sentia assim...arrasada... Me sentia um ninguém também. Parecia que eu bebia junto com ele. Sabe assim... Eu ficava muito triste...ficava deprimida....ficava assim, meu Deus, como que eu fui me envolver com uma pessoa assim....Entendeu? Aquela coisa de você olhar para trás e Meu Deus, o que que eu fiz?Né? E às vezes até oportunidades boas que você teve né... E perdeu pra ta junto daquela pessoa... E aquela pessoa ali, daquele jeito né... Assim, te agredindo... Sem... Sem futuro... Eu me sentia um nada também. Impotente diante daquela situação... Sem ter o que fazer.” (Dolores)

Quando questiona-se sobre os motivos que levam uma mulher a manter o relacionamento com homens violentos, a dependência financeira é um dos elementos comumente apontados. Curiosamente, nenhuma das familiares entrevistadas encontra-se nessa situação:

“A nossa renda é de menos de 300 reais... Das pessoas que moram com a gente de aluguel... Eu sou a maior economista que existe. Se dá pra comprar dois bifes, tudo bem... Se não dá, a gente compra um e divide... Sempre da um jeito. Pro básico sempre tem... Mas eu que administro todo o dinheiro. Tudo eu, porque se for ele...! Não tem nada! Tudo sou eu, sempre foi... O meu sim, o dele nem sempre... Mas agora ele não ta trabalhando...” (Dolores)

“Nós dois trabalhamos... Se for o caso eu consigo manter sozinha, porque somos só três, e se eu fico atrás ele ajuda... E se eu separar, sozinha eu não dependo dele...Eu vou a luta.Não sei, sempre fui assim, trabalhei desde cedo né....Não dependo de dinheiro dele...não sou atrás de ficar pedindo....[...] Agora eu que administro o dinheiro, ele recebendo, ele sabe que tem que fazer as compras...eu fico atrás, ele não esqueceu....se ele comprar pelo menos o principal ali, eu consigo segurar o resto, verdura, carne, leite....Esse mês que eu fiquei mais triste, porque ele já...se eu não for junto, ele compra bem reduzido tudo, pra sobrar mais...porque ele inclusive já tinha gastado um tanto...Eu tenho raiva assim...Depois se me chama de vagabunda e preguiçosa, isso magoa a gente....” (Ilza)

“A gente se mantém com o trabalho dele e com o meu... Agora que eu to fora por um tempo... Eu tive uma sorveteria até o mês de maio... Então tem poucos meses que eu to assim sem

salário... E é muito assim a minha mãe... Que ela ajuda muito as crianças, transporte escolar... Ela é autônoma, sempre tem dinheiro...” (Sonia)

Percebe-se que as relações nessas famílias são permeadas por sentimentos de lealdade e proteção. Cada família estabelece uma forma própria de funcionamento de acordo com suas histórias de vida, suas competências, seu movimento de busca de apoio e as atuais possibilidades de enfrentamento da situação. Cabe aqui uma breve reflexão sobre o provimento do cuidado por meio das atividades rotineiras entre os membros dessas famílias e especificamente desempenhado pelas mulheres que “com um novo significado a partir da sociedade burguesa, o cuidado direto com as pessoas na família e na sociedade foi associado como um atributo da capacidade relacional próprio da feminilidade” (ROSA, 2000:272). As familiares entrevistadas demonstram uma constante preocupação com o estado de saúde e o bem-estar do paciente:

“Não, assim... com ele assim, às vezes... se ele tivesse bem de saúde eu deixava ele. Porque tem horas que ele fala que não gosta de mim, depois diz que nunca falou isso... eu não consigo entender... Eu fico assim.... Mesmo se eu sei que ele tá com problema, falando isso da boca pra fora... mas minha cabeça já não tá aceitando. Já tanto faz se eu separar ou não, eu já penso assim... Eu fico assim... Eu fico aceitando... Porque eu sei como que é. Ele não lembra devido a esse... Coisa... É o que eu falo pra ele... Você tá se entregando demais pra bebida, depois eu não vou te querer mais não... Mas depois ele não sabe de nada... Ai como é que eu fico? Eu fico sem saber... Não sei como reagir... eu não tenho coragem de separar dele e deixar ele desse jeito... não tenho coragem. Já pensei em internar ele a força, porque ele não toma remédio.... Tudo que eu vou dar pra ele, ele diz que tem veneno, na comida, na água... Entendeu? Ele tá querendo me enlouquecer.” (Ilza)

“E eu era, igual te falo, eu era mãe, ainda sou. Agora que eu tô começando a querer me desligar dele. Fissurada mesmo. Tinha assim aquela coisa, que se ele não chegasse, minhas perna, meus braço não funcionava, entendeu? Parece assim que eu ficava doente... Aí eu quero trabalhar, quero fazer isto e aquilo, mas minha cabeça tá pensando: o que que ele tá fazendo? Será que ele vai chegar? Será que ele vai chegar bêbado? Será que ele não vai bater o carro? Entendeu? Será que não vai ser assaltado? Tudo isso... Aí eu ficava deitada e ouvia um tiro, e falava: Meu Deus... Será que aconteceu alguma coisa com ele? [...] Mas agora, eu tô assim, meio que deixando ele a vontade... Mas sempre com um pé atrás. Eu não confio. Eu acho que ele tá vendendo que eu tô vindo no tratamento sozinha porque ele é o que pede... A vida toda... “Viva sua vida” entendeu...? Só que a gente fez o encontro de casais e no encontro de casais, eles pregam isso: que o casal é um só sabe... Aquela união, aquela coisa... Só que eu acho que ele não quer isso... Parece que ele quer me ver um pouco longe dele... Cada um com sua independência... Mas aí ele prega isso e ele mesmo fica em cima de mim o tempo inteiro, sabe...? Tudo eu que tenho que dar conta. Eu não sei né... Não sei como agir... [...] Com o tempo vai ficando aquela magoa... Agora eu Graças a Deus sei separar as coisas... Até porque ele é muito bom... Ele é uma pessoa boa demais... Todo mundo que conhece ele fala que ele é iluminado, até porque ele é realmente... Ele só é uma vítima, sabe... Uma vítima e nós todos enfrentamos isso... Ou eu largava ele, ou deixava... Só que aí eu ia sofrer vendo ele sofrer... Eu pensava assim... Vou tratar ele, por que caso tenha uma separação... Pelo menos ele tá bem... Ele tem condições... Ter condições com as crianças... Porque se eu me separar com ele desse jeito ele não vai ter contato com as crianças... E eu não vou entregar meus filhos na mão dele. Nunca... Ainda mais eu que sou uma mãezona, sabe... Cuidadosa...” (Sonia)

“Eu já falei pra ele... Se ele me agredir eu vou denunciar ele... Porque às vezes, sei lá... Mas aí eu fico com dó. Porque se eu fizer uma queixa e ele for preso, eu não vou retirar a

queixa não, já falei pra ele... Mas ele não lembra de nada....não sabe de nada...ai como que eu faço? Mas se eu fizer eu não volto atrás, eu não dou o braço a torcer, então assim... Se ele sair e ir embora eu não vou atrás. Por isso que eu não quero tomar nenhuma decisão enquanto ele não melhorar.” “Mas hoje eu falo assim... Hoje eu acho que eu faço... Não assim para atrapalhar, mas para ajudá-lo. Eu faria Porque hoje eu sei que vai ajudá-lo... Naquela época não ia ajudá-lo em nada, talvez ia só piorar, ele não ia parar por causa de nada. Aconteceram vários episódios que ele podia ter parado. Se eu fosse ele, teria tomado uma atitude... Ele poderia ter parado, mas ele não parou. E eu também pensava assim... Mas ele tava muito fragilizado, bebia e até chorava depois... Falando dos pais, da infância... Ele foi muito judiado. Ele sofreu um bucado. E eu tive infância, fui feliz e não pulei nenhuma etapa da minha vida...”(Dolores)

Percebe-se nas falas o sentimento que sugere responsabilidade pelos maridos: *“eu não tenho coragem de separar dele e deixar ele desse jeito... não tenho coragem” (Ilza).* Parece que as familiares condicionam o seu bem-estar ao bem-estar de seus companheiros. Na mesma forma acreditam que eles só estarão bem mediante seus cuidados e proteção. *“Só que aí eu ia sofrer vendo ele sofrer”(Sonia).*

Essa questão pode ser percebida de maneiras distintas. Para Brito a relação da mulher com seu marido violento:

Traduz uma concepção de culpabilização que oscila entre o homem (agressor) ou a mulher (que não sai da situação de vítima) e que freqüentemente agrega outros conflitos aos já existentes. É uma concepção de tudo ou nada, com possibilidades limitadas que coloca a família em dilemas de lealdade, dificilmente solucionáveis por raciocínios lógicos (BRITO, 2006:65).

Para Gussi as famílias em que um dos membros faz uso abusivo ou é dependente de álcool geralmente centram-se nessa preocupação. Para a autora, a família se coloca como periferia e todas as dificuldades são projetadas sobre o álcool (e o usuário). *“Evita-se assim analisar mais profundamente o que não está indo bem. O alcoolismo vem aí constituir uma primeira linha de defesa muitas vezes difícil de ultrapassar, um consenso familiar explícito procurando evitar que se faça aparecer as reais dificuldades”(GUSSI,1996:6).*Dessa maneira, as familiares sentem-se responsáveis pelos seus maridos, focando as questões no consumo de álcool e nas pessoas que estimulam de uma certa forma esse consumo como, por exemplo, os amigos.

A mesma questão analisada por uma perspectiva de gênero é compreendida de uma outra maneira. Segundo Strey (2000), para as mulheres agredidas pensar sobre a própria liberdade parece difícil e doloroso, já que significa ir contra uma estrutura de pensamento previamente estabelecida em nível religioso, moral, econômico, psicológico e social; mexer com a dominação do homem sobre a mulher significa desarticular um sistema de crenças, conceitos antigos de dominação.

5.2.4 Movimentos de proteção

Decidiu-se abordar alguns elementos que surgiram nas falas das mulheres entrevistadas, nomeados como movimentos de proteção, por entender-se que os referidos movimentos devem ser considerados no processo de intervenção com famílias em contextos de consumo de álcool e /ou violência.

O contato e a boa relação com a família e os amigos foram identificados como um dos movimentos que representa a ligação com a rede primária de proteção social que tem como uma de suas funções fornecer o desenvolvimento de valores como o afeto, a solidariedade e o cuidado entre seus membros. Essa rede de apoio parece exercer um papel importante na vida das mulheres entrevistadas.

“Tem a minha irmã, os outros irmãos... A gente se da bem... Tem um relacionamento bom... Têm vizinhos também. [...] E essa minha irmã adotiva, ela me criou me cuidava como mãe. Eu respeito ela muito. Até hoje, a gente conversa muito... ela como filha e eu como mãe... o que ela precisa de mim eu vou, vou atrás... Na medida que eu posso eu ajudo. Brigo também, choro....A gente tem que puxar orelha, dar uma sacudida de vez em quando! As vezes estamos numa situação e a gente nem percebe.... Mas a gente não fica de mal, nunca briga.... “ (Dolores)

“Meus pais moram, aqui, tudo normal... É assim distante, mas a gente se visita, almoço de domingo, dia das mães, aniversário, dia dos pais, todo mundo vai nas casa...minha família é próxima, se não pode ir liga...ajuda da forma que pode.Esses valores a gente tem.Aniversário de criança, um bolinho, sempre tem... Eles me ajudam muito. ”(Ilza)

“Ah! Com os parentes dele se dá super bem, todo mundo gosta muito dele [...] Graças a Deus, assim, meus vizinhos gostam da gente... Meu irmão que é mais na dele, sabe, só tenho ele de irmão, mas também não tenho problema com ele, não... [...] Eu converso tudo com a minha mãe. Tem minhas amigas... Normalmente eu converso muito com essa minha amiga que é aqui da asa norte, que ela tem o marido que bebe...” (Sonia)

Outro movimento reconhecido refere-se à busca da participação em atividades religiosas para apoio, conforto e vivência da fé. Bruscagin (2004) ressalta que para muitas famílias a religião é parte integrantes de suas vidas e experiências cotidianas, os ensinamentos da sua crença e as atividades religiosas fazem parte do sistema de valores familiares e são a base de suas escolhas e ações. Nas reuniões do grupo o tema religião é recorrente, o que atesta a importância do tema para estas mulheres e crença de muitas pessoas que a religião pode ser “a salvação” para si e para seus familiares com problemas no consumo de álcool.

“Eu e minha filha, a gente participa da Igreja católica, ela faz apresentações... Chamamos, ele não vai... A gente frequenta sábado à noite... É minha terapia” (Ilza)

“A gente participa do encontro de casais, tem dois anos que ele fez cursinho, não sei se você conhece... Ele fez, entendeu? Então, destes dois anos que ele tá indo pra igreja, ele não acreditava em Deus, ele era punk... Não acreditava em Deus, nem nada, aí depois ele... Assim, através de mim mesmo, que eu rezava muito, ele via minha fé ali, minha devoção, aí ele achava bonito, aí foi indo pra igreja, agora já frequenta missa. Domingo foi o batizado dele, ele não era batizado...” (Sonia)

“O que eu gosto muito de fazer é ir a Igreja nos domingos... Lá é uma terapia também... Espiritual... É até uma terapia familiar quando a gente ora pelas pessoas... Canta, louva, ouve palavras... Ouve palavras de animo, fé, de perseverar... Igreja Evangélica. Às vezes a gente até tá triste assim... Aí sai de lá animada... Porque problemas são muitos né... Sempre tem né, sempre vai ter... Uma coisa ou outra... Se eu não for... Vou ficar mesmo... Não dá pra viver... Não dá. Então... É muito bom, eu gosto muito. Principalmente quando está meio aborrecida.... Sai de lá nova! Eu gosto muito de ir na Igreja, se me tirasse isso eu ia achar muito ruim.” (Dolores)

O terceiro, e último, movimento de proteção indicado é o trabalho. Apontado nos depoimentos das pesquisadas, pode ser um fator que contribui para a auto-estima, viabiliza a independência financeira além de ser um local de socialização. Exerce também o papel de estimulador da discussão dos fatos do cotidiano que extrapolam as questões do âmbito doméstico e familiar.

“No trabalho, todo mundo fala que eu sou muito sorridente... Eu não misturo. Não misturo não baixo a cabeça, não quero que ninguém tenha pena de mim. Eu assim... Se eu to com alguma preocupação eu me calo mais. Quando to muito preocupada eu me calo. Mas minhas colegas elas falam que eu sou uma guerreira, elas sabem que eu enfrento muitos problemas... Elas querem saber como que tá e tudo... Mas é porque eu sou mais antiga, eu conheço todo mundo, me dou bem... Em todos os grupinhos. Faço parte de tudo, mas não me misturo... Não faço fofoca, eu me dou com todo mundo e eles falam que eu sou uma guerreira.” (Ilza)

“E eu tenho lazer maior assim, quando pego uma festa... Fazer as coisas assim sabe... Eu gosto de fazer, eu gosto de bolar, aquelas coisas, bombom. O meu trabalho é um lazer pra mim.” (Sonia)

Considerações Finais

Este estudo possibilitou uma análise da relação existente entre o consumo de álcool e a violência doméstica contra a mulher, no qual pode-se transitar de um contexto particular, a realidade de algumas integrantes do grupo de familiares do PAA, para uma instância coletiva, já que tal situação de violência acontece com um número significativo de mulheres em todo o mundo. Buscou-se conhecer a realidade e a dinâmica familiar que tais mulheres estão envolvidas e, também compreender como percebem a situação de violência na qual estão inseridas.

Pode-se verificar que a premissa que orientou essa investigação, de que o consumo de álcool em nível de abuso ou dependência tem estreita ligação com a violência doméstica, torna-se relevante e que essa proximidade é realmente significativa, apesar da falta de consenso na literatura especializada sobre o tema. Ao afirmar isso não se desconsidera que existem outros fatores envolvidos na situação, tais como a questão da educação diferenciada, da cultura e de gênero. Porém, com a realização deste trabalho ficou claro que o consumo de álcool age como um importante facilitador destas situações.

Observou-se também que a dinâmica familiar na qual estão inseridas centra-se no consumo do álcool. As mulheres enfatizam o consumo de álcool por parte do companheiro ao relatarem os fatos do cotidiano e os aspectos relacionados às particularidades de cada família, de maneira que este consumo acaba por justificar ou minimizar as outras questões presentes no contexto familiar, como a violência. Além disso, a percepção da situação de violência vivenciada é referenciada no senso comum, na qual a violência contra a mulher só é considerada quando se manifesta na forma de agressão física.

Um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social é o “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças” (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1997:18). Na atualidade, as expressões da questão social e o redimensionamento das intervenções sociais exigem, cada vez mais, novas atribuições para o assistente social no intuito de melhor compreender a complexa realidade social. Dessa maneira, cabe ao assistente social

discutir, pesquisar, compreender e intervir na questão da violência contra a mulher, uma questão tão antiga, de domínio público e ainda carente de medidas efetivas.

Reportando-se mais uma vez ao Código de Ética do Assistente Social, em relação a um dos deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais” (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISENTE SOCIAL, 1997:23). As constatações oriundas da realização das entrevistas indicam a necessidade de disponibilizar o acesso à informação para essas mulheres em situação de violência, como forma de garantir seus direitos. Assim, uma sugestão operacional que destaca-se é o incremento do trabalho com grupos, por ser um espaço de informação, discussão e crescimento.

Muitos avanços ocorreram nas últimas décadas em relação à questão da violência contra a mulher, porém, de uma maneira geral, ela ainda é tratada como uma questão restrita ao espaço privado. É dever da sociedade e do Estado o reconhecimento dessa questão como merecedora de políticas públicas e ações efetivas.

Referências Bibliográficas

1. BENJAMIN, A. *A entrevista de ajuda*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
2. BERTOLINE, Vera Lúcia. *E Na violência contra a mulher, o Estado mete a colher? - O dito e o feito na Política de Segurança em Cuiabá- Mato Grosso*. Brasília, UnB, Pós- Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, 2001.
3. BORDIN, Selma; FIGLIE, Neliana Buzi, LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool. In: FLIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004.
4. BORDIN, Selma; FIGLIE, Neliana Buzi, LARANJEIRA, Ronaldo. Sistemas Diagnósticos em Dependência Química – Conceitos básicos e classificação geral. In: FLIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004.
5. BRAGHINI, L. *Cenas repetitivas de violência doméstica*. São Paulo (SP): Unicamp, 2000.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Álcool e redução de danos. Uma abordagem inovadora para países em transição*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
7. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Enfrentando a Violência contra a Mulher* – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

9. BRITO, Valéria. Nem crime, nem castigo: O modelo de Atendimento Psicossocial do Núcleo Psicossocial Forense e as Possibilidades de Intervenção Clínica com casais em Situação de Violência. In: ROQUE, Elizângela Caldas Barroca, MOURA, Marília Lobão Ribeiro de, GHESTI, Ivânia (Orgs.). *Novos Paradigmas na Justiça Criminal: relatos de experiências do Núcleo Psicossocial Forense do TJDF* – 1. Ed. – Brasília: TJDF, 2006.
10. BRUSCAGIN, Claudia. Família e religião. In: *Família e...* . CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. (organizadora). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
11. CEBRID. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicótropas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2002. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/> Acesso em 01/10/2007
12. *Código de Ética do assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão*. – 3ª Ed. Revisa e atualizada. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.
13. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção Belém do Pará”. Relatório disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs_convencao/convencao_interamericana_dec_3956.pdf. Acesso em 25/09/2007
14. CORRÊA, Sonia, GOUVEIA, Taciana. *As conferências da ONU - as mulheres na política global: uma resenha*. Coordenação editorial da Secretaria Executiva da Articulação de Mulheres Brasileiras para Beijing/95. Rio de Janeiro, 1995.
15. EDWARDS, Griffith, *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde*, 3ª Ed- Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1995
16. FALEIROS, Vicente de Paula. *Violência na Velhice. O social em questão*. Rio de Janeiro: PUC, Pós Graduação em Serviço Social, 2004.
17. GITLOW, Stanley E. e PEYSER, Herbert S. *Alcoolismo: Um guia prático de tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas 1991.

18. GOMES, Romeu. A mulher em situação de violência sob a ótica da Saúde. In: Maria Cecília de Souza Minayo ET AL. *Violência sob o olhar da Saúde: Infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
19. GUSSI, Maria Aparecida. *Famílias de alcoolistas ou famílias alcoolistas?* Hospital Universitário de Brasília, Programa de Atendimento ao Alcoolismo. 1996.
20. Hospital Universitário de Brasília, *Projeto do Programa de Atendimento ao Alcoolismo*, Brasília, outubro de 1990
21. Hospital Universitário de Brasília, *Protocolo do Programa de Atendimento ao Alcoolismo*. Brasília, setembro de 1994.
22. LARANJEIRA, Ronaldo, DUAILIBI, Sérgio Marfiglia e PINSKY, Ilana. *Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública*. *Revista Brasileira de Psiquiatria* v.27 n.3 São Paulo set. 2005. Disponível em www.scielo.br, em 25/10/2007
23. LARANJEIRA, Ronaldo, ROMANO, Marcos. Políticas Públicas para o álcool. In: BUZI, Neliana Figlie; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004.
24. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros/* Autor: Julio Jacobo Waiselfisz. Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura – OEI, 2007.
25. MILANE, Verônica Gambarra Nitão. *Grupo de Familiares: Uma intervenção possível*. Brasília, UnB, Departamento de Serviço Social, 2006.
26. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1995.
27. MINAYO, Maria Cecília de Souza. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. In: *Toxicomanias: Uma organização multidisciplinar/* organização Marcos Baptista, Clara Inem. – Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras, 1997.

28. MINAYO, Cecília de Souza, SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e Saúde Como um Campo Interdisciplinar e de Ação Coletiva. In: *História, Ciência e Saúde*. Rio de Janeiro, Volume IV- Manguinhos, 1998.
29. MINAYO, Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
30. MOREIRA, Alex Djair e MATTA, Karen Weizenmann da. Grupo de Conversação sobre as relações: espaço de reflexão na Justiça para pessoas em situação de violência intrafamiliar. In: ROQUE, Elizângela Caldas Barroca, MOURA, Marília Lobão Ribeiro de, GHESTI, Ivânia (Orgs.). *Novos Paradigmas na Justiça Criminal: relatos de experiências do Núcleo Psicossocial Forense do TJDF* – 1. Ed. – Brasília: TJDF, 2006.
31. NIEWIADOMSKI, Christophe. Violências e alcoolismo: abordagem biográfica em alcoologia e hermenêutica do sujeito. In: *Psicologia em Estudo*. Vol. 9 nº 3. Maringá, 2004. Disponível em: www.scielo.br, em 01/11/2007
32. NOTO Ana Regina e FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira Souza. A evolução sócio-cultural do conceito de dependência. In: BRASIL. Presidência da República. Secretária Nacional Antidrogas. *Tratamento de Dependências Químicas – Aspectos Básicos*. Brasília – DF, SENAD, 2002.
33. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Organização Pan-Americana de Saúde. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
34. PAVEZ, Graziela Acquaviva, OLIVEIRA Isaura Isoldi de Mello Castanho e. Vidas nuas, mortes banais. Nova pauta de trabalho para os assistentes sociais. In: *Revista Serviço Social e Sociedade, número 70*. Editora Cortez, Julho de 2002.
35. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira* /Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira. [et al.] ; Revisão técnica/científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: http://www.senad.gov.br/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em 25/09/2007.

36. *III Relatório Nacional de Direitos Humanos no Brasil 2002-2005*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, da Universidade de São Paulo (USP), 2006. Disponível em <http://www.iea.usp.br/iea/>. Acesso em 27/10/2006
37. RAVAZZOLA, Maria Cristina. *El circuito del abuso en el Sistema Familiar.Historia Infames:los maltratos en las relaciones*.Buenos Aires:Paidós,1998.
38. ROQUE, Elizângela Caldas Barroca, MENDONÇA, Margarete Vieira Malvar de. Um trabalho de vanguarda na Justiça: o Grupo de mulheres acompanhadas no Núcleo Psicossocial Forense do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. In: ROQUE, Elizângela Caldas Barroca, MOURA, Marília Lobão Ribeiro de, GHESTI, Ivânia (Orgs.). *Novos Paradigmas na Justiça Criminal: relatos de experiências do Núcleo Psicossocial Forense do TJDF* – 1. Ed. – Brasília: TJDF, 2006.
39. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.
40. SANTOS, Maria Aparecida dos e SILVA, Lidiany S. *Relatório de Estágio Supervisionado*. Brasília, UnB, Departamento de serviço Social, 1996.
41. SILVA, Marlise Vinagre. *Violência contra a mulher: quem mete a colher?* São Paulo : Cortez, 1992
42. STREY, Marlene Neves et al (Org.). *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.
43. SUÁREZ, Mireya, BANDEIRA, Lourdes (orgs.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Paralelo 15, Editora Universidade de Brasília, 1999.
44. SUÁREZ, Mireya, BANDEIRA, Lourdes. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C e UNBEHAUM, S.G (orgs). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002.

45. VARGAS, Cláudia Regina Merçon de. *Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool*. Brasília, UnB, Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2002.
46. VARGAS, Cláudia Regina Merçon de. *Relatório do trabalho do assistente social*. Hospital Universitário de Brasília, Março de 2007.
47. TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Athas, 1987

Anexo

Roteiro de Entrevista Semi- Estruturada

1. De que maneira a violência está presente em sua rotina doméstica?
2. Como se manifesta essa violência? Descreva essas situações.
3. Como (e quando) aconteceu pela primeira vez?
4. Existem outras pessoas envolvidas? Em que circunstâncias?
5. Acontece somente quando o álcool está envolvido?
6. Que tipos de prejuízo essa violência acarreta no seu dia a dia? (auto-estima e saúde, por exemplo.)
7. Como você se sente quando as situações de violência ocorrem em sua família?
8. Que atitudes você costuma tomar quando as situações de violência ocorrem?
9. A quem você recorre para obter ajuda durante esses momentos?
10. Já denunciou? Pensa em denunciar?
11. Como é mantido o sustento da família?
12. Quais são suas atividades de lazer?
13. Como é sua relação com parentes, vizinhos e amigos?
14. Participa de alguma atividade em sua comunidade? (política/partidária, cultural, religiosa ou filantrópica)
15. Onde você nasceu?
16. Fale do seu pai. O que ele fazia?
17. Fale da sua mãe. O que ela fazia?
18. Tem irmãos? Quantos?
19. Como foi sua infância? Como a família se divertia?
20. A violência, estava de alguma maneira presente na sua família de origem?
21. Há quantos anos esta casada?
22. Aparecimento da bebida na vida do casal. Antes ou depois do casamento?
23. Relacionamento sexual;
24. Relacionamento com os filhos.