



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

BÁRBARA DAMASCENO ASSUNÇÃO

REPRESENTAÇÃO SOCIAL E ESTIGMATIZAÇÃO DO
ALCOOLISMO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DAS
RELAÇÕES DE GÊNERO

CACHOEIRA - BA

2014

BÁRBARA DAMASCENO ASSUNÇÃO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL E ESTIGMATIZAÇÃO DO
ALCOOLISMO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DAS
RELAÇÕES DE GÊNERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB, como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Ms. Márcia Clemente

CACHOEIRA - BA

2014

BARBARA DAMASCENO ASSUNÇÃO

Representação social e estigmatização do alcoolismo:

Uma análise a partir da perspectiva das relações de gênero

Cachoeira – BA, aprovada em 17/11/2014.

BANCA EXAMINADORA

Márcia da Silva Clemente

Prof.^a Ms. Márcia da Silva Clemente
(Orientadora – UFRB)

Valéria dos Santos Noronha Miranda

Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)

Flávia da Silva Clemente

Prof.^a Ms. Flávia da Silva Clemente
(Membro Externo – UFPE)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Hilda e João Ivo,
Aos meus sobrinhos Ana Clara e Breno,
Amor maior não há!

Ninguém melhor que o oprimido está habilitado a lutar contra a sua opressão. Somente nós mulheres organizadas autonomamente podemos estar na vanguarda desta luta, levando nossas reivindicações e problemas específicos. Nosso objetivo ao defender a organização independente das mulheres não é separar, dividir, [e sim, agregar] nossas lutas as lutas que conjuntamente homens e mulheres travam pela destruição de todas as relações de dominação da sociedade capitalista.

Célia Regina Jardim Pinto

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo seu infinito amor e cuidado! Sim, ao meu Deus! Um ser sobrenatural, uma força maior a quem amo, no qual acredito e deposito a minha Fé. Embora não possa vê-lo, posso sentir a sua presença e a sua proteção em todos os momentos da minha vida. Obrigada meu Deus por mim ajudar a preservar uma Fé genuína, livre de rótulos religiosos, apenas Fé, num Deus justo e amoroso! Obrigada, obrigada e obrigada. Sem Ti, nada seria possível!

À minha mãe **Hilda**, minha rainha, minha vida. Exemplo de honestidade, dignidade e fé! És uma batalhadora, uma guerreira! É tudo para Você e por Você, Mamy poderosa! Te Amo!

Ao meu pai **João Ivo**, por acreditar no meu sucesso e contribuir para que os meus sonhos pudessem se tornar realidade. Obrigada!

Aos meus sobrinhos, **Ana Clara e Breno** por trazerem mais luz a minha vida. Razões do meu viver! Titia ama Vocês!

Às minhas tias-mães, **Lenita e Lieta**. Por todo incentivo e amor. A vitória é nossa, meus amores!

Aos meus primos: **Jonathan, Danuzia, Gilmário, Alice, Alicielle, Leandra, Lucas e Gustavo**. Amor que não se mede!

Às minhas tias, **Bitá, Vera Brito e Raimunda**, pelo constante incentivo e carinho. Obrigada, minhas lindas.

À tia **Tânia, Val e Gabriel**. Minha segunda família. Toda a minha gratidão e o meu carinho. Sem Vocês, seria impossível concluir esta etapa. Eu os amo muito, muito!

À **D. Naldes**, pelo amor e acolhimento em tantos momentos difíceis, pelas orações e pelo sorriso amigo e acolhedor que nunca me desamparou. O anjo bom que Deus colocou na minha vida!

Às amigas-irmãs: **Anny, Daniela, Daiane, Alana, Danile, Ana Claudia, Liliane e Sueli**. Vocês foram os meus alicerces. Minha vida sem vocês seria cinza e sem graça. As amo demais! Muchas gracias queridas, por tudo!

À **Nana e Chirlei**, primas queridas e colegas de profissão. Exemplo de pessoas e profissionais a quem externo uma imensa admiração! Vocês arrasam! Obrigada por tudo!

À minha família Cachoeirana CAHL-UFRB:

Lilian, Taysa e João. Por compartilharem comigo, além do dia a dia acadêmico, 04 anos de Republica! Foram dias muito felizes que contribuíram muito para o meu desenvolvimento pessoal e acadêmico. Encontrar cada um de Vocês foi acertar na “loteria” de Deus! Rs. Gostaria de agradecer em especial a **Lilian Souza**, por ter sido mais que uma amiga, exercendo também o papel de mãe e irmã, me auxiliando em tantos momentos difíceis. Sempre estava lá, com um conselho, o ombro amigo, palavras de incentivo e fé. Não tenho palavras para expressar o seu significado na minha trajetória, amiga. Só mesmo agradecer, agradecer e agradecer. Muitíssimo obrigada!

As minhas amadíssimas amigas: **Noelia Machado, Edmaria Medeiros, Cintia Reis, Luana Emilia, Caroline Ferreira, Camila Borges e Crislane Fiuza.** Obrigado por compartilharem comigo uma amizade sincera, carinho, cuidado e muitas horas de alegria. Vocês amores, tornaram a minha caminhada mais leve! Meu Povo Malca! Grata por tudo!

Aos amigos- irmãos: **Diego Piedade, Valdir Alves e Wlamir Junior.** Meus queridos! É imensurável o tamanho do carinho, amizade, respeito e admiração que sinto por Vocês. Deus me presenteou ao cruzar os nossos caminhos. Meus irmãos mais que lindos, eu os amo demais!

As queridíssimas, **Najara Gomes, Jessica Bastos e Janaina Palma** – As Ninhas! Rs. Com certeza, minha vida cachoeirana nunca mais foi à mesma depois de Vocês. Obrigada por me proporcionar tantos momentos inesquecíveis em Cachoeira! A 25 que o diga! Para a posteridade. Rs

A **Robson Moreira, Deibith Brito e Paulo Roberto.** Amigos de tantos sorrisos e momentos ímpares em Cachocity! Vocês moram no meu coração, meninos.

A **Queila Patrícia, Fernanda Santana e Deise Lidia.** Minhas queridas amigas. Alegria é pouco para definir estar com Vocês! Obrigada por fazerem parte da minha vida. Somos uma grande família. É muito amor envolvido!

Ao querido corpo docente de Serviço Social da UFRB, em especial **Francisco Henrique, Wilson Penteado, Valéria Noronha e Rosenária Ferraz, Heleni Ávila,** por compartilharem comigo conhecimento e tantas experiências enriquecedoras.

A professora **Marcela Silva** pelo carinho, respeito, amizade e humildade para além do âmbito acadêmico. Sua presença foi imprescindível em meio a tantas dificuldades. Serei eternamente grata.

A professora **Flavia Clemente** por aceitar o convite para integrar a banca examinadora e por ter contribuído de maneira tão enriquecedora para a concretização desse momento. Obrigada!

A minha orientadora **Márcia Clemente**, pela paciência, dedicação, incentivo e apoio. Obrigada minha querida por tornar a minha caminhada acadêmica possível e por compartilhar comigo humildade e ética.

A Cidade da Cachoeira, esse lugar mágico e encantador onde passei os melhores 04 anos da minha vida! Sentirei saudades eternas desse paraíso lindo. Terra do Samba de Roda, da poesia, da lindíssima D. Dalva, do inesquecível Damario da Cruz e de tantos outros seres humanos lindos e especiais que tive a honra de prestigiar. Lugar que respira Cultura e transborda Amor. Ah Cachoeira! Meu coração permanecerá!

E a todas e todos que torceram e contribuíram para o meu sucesso, muitíssimo obrigada.

*Ando meu cansado (não desisto) Por varias vezes
barrados no baile (mas persisto) Acredito, em tudo
aquilo que faço e Persisto em tudo aquilo que faço,
Acredito, naquele que vem do espaço.
Deus (...) virá, E nele [está] toda minha
esperança de Paz, saúde e alegria
Ô Jáh Jáh Jáh Jáh Jáh*

Edson Gomes

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo, analisar a partir da perspectiva das relações de gênero, a representação e estigmatização do alcoolismo cujo uso abusivo e/ou dependência se apresenta de maneira socialmente diferenciada entre homens e mulheres. Para tanto, analisaremos as implicações entre alcoolismo e gênero partindo da realidade das mulheres alcoolistas atendidas no CAPS ad, no Município de Santo Antonio de Jesus/BA. É válido ressaltar nesse cenário, que ao nos referirmos ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a ênfase é dada, sobretudo, ao consumo de drogas ilícitas como o crack, entretanto, uma ressalva deve ser feita no que diz respeito ao consumo abusivo do álcool, droga lícita, que na contemporaneidade tem ganhado visibilidade ainda de maneira muito tímida, considerando à constatação da sua prejudicialidade. De acordo com o Ministério da Saúde, o consumo de álcool apresenta uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos que acometem os indivíduos em todos os domínios da sua vida. Quanto à relevância de uma problematização do alcoolismo a luz da categoria gênero, deve-se, sobretudo ao contexto da sociedade brasileira que se constitui historicamente como patriarcal, disseminando a cultura de desigualdade no que se refere às relações estabelecidas entre homens e mulheres seja no âmbito privado ou público, corroborando para a perpetuação dos vários tipos de violência contra a mulher – física, moral, verbal, psicologia, simbólica- e estigmas, causando-lhe sofrimento psíquico e muitas vezes dependência psicoativa, transformando-as em usuárias dos serviços ofertados pelo campo da saúde mental. A violência sofrida por essas mulheres as tornam “público privilegiado do adoecimento psíquico”, o que favorece o aparecimento de várias patologias, como a depressão e outros transtornos mentais.

Palavras-chave: Gênero, Alcoolismo, Estigma, Representação Social

ABSTRACT

This work aims to analyze from the perspective of gender relations, representation and stigma of alcoholism, whose abuse and / or dependence presents a socially differentiated manner for women and men. To analyze the implications of alcoholism and gender departed from the reality experienced by female alcoholics treated at CAPS ad, in Santo Antonio de Jesus / BA. It's been worth mentioning in this scenario, we refer to the use and dependence on psychoactive substances, the emphasis is mainly given to the use of illicit drugs like crack. However, a caveat must be made regarding the abuse of alcohol, licit drug that has gained visibility in the contemporary yet very shy way considering the finding of prejudicial, as evidenced today more a safety issue than treated as a matter of on public health consequences caused by their addiction. According to the Ministry of Health, in relation to alcohol, Brazil and societies of all countries have an overall charge of undesirable and extremely costly illnesses that affect individuals in all areas of your life. Regarding the relevance of a problematization of alcoholism light of gender, is due mainly to the Brazilian society that is as historically patriarchal and spread a culture of inequality with regard to relations between men and women is under private or public, supporting the perpetuation of various types of violence against women - physical, moral, verbal, psychological, symbolically and stigmas, causing psychological distress and often psychoactive dependence, turning them into users of the services offered by field of mental health. The violence suffered by women makes them "privileged audience of mental illness," which favors the onset of various diseases, from depression to the onset of mental disorders.

Keywords: Gender, Alcohol, Stigma, Social Representation

LISTA DE SIGLAS

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CAPS ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEB- Comunidades Eclesiais de Base

CISA- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social

CNCM- Conselho Nacional da Condição da Mulher

CNDM- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CONAD- Conselho Nacional de Drogas

HRSAJ- Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOP- Núcleo de Opinião Pública

OEA- Organização dos Estados Americanos

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organizações das Nações Unidas

PEAD- Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e Outras Drogas

PL- Projeto de Lei

PTI- Programação Terapêutica Individual

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.....	41
TABELA 2.....	67

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	68
GRÁFICO 2.....	70
GRÁFICO 3.....	71
GRÁFICO 4.....	71
GRÁFICO 5.....	72
GRÁFICO 6.....	72
GRÁFICO 7.....	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2 GÊNERO E ALCOOLISMO	19
2.1 Breve histórico do Feminismo no Brasil	19
2.2 Concepções acerca da discussão de gênero	21
2.3 Estigma Saúde Mental e Mulheres: Uma discussão pertinente sobre alcoolismo.....	29
3. SITUANDO O DEBATE CONTEMPORÂNEO SOBRE SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE DROGAS	36
3.1 Reforma Psiquiátrica: Uma análise sobre a nova perspectiva do cuidar.....	36
3.2 Políticas de Atenção a usuários de Álcool e Outras Drogas: Problematizando a (in) visibilidade do alcoolismo feminino.....	42
3.3 Serviço Social, Saúde Mental e Drogas: Desafios e possibilidades para atuação profissional.....	51
4. O LÓCUS DA PESQUISA E A ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
4.1 Teoria das Representações Sociais: Notas introdutórias.....	57
4.1.1 Identidade e Representação Social.....	60
4.1.2 Procedimentos metodológicos.....	63
4.1.3 Instrumentos de coleta.....	64
4.2 Sujeitos da Pesquisa.....	66
4.3 O Lócus da pesquisa: o Município de Santo Antonio de Jesus/BA.....	66
4.4 Trajeto da Pesquisa e Perfil das entrevistadas.....	69
4.4.1 Perfil das Usuárias.....	70
4.5 O Estudo e a Coleta de dados.....	73
4.5.1 O Dia 11 de Dezembro de 1998.....	74
4.6 Análise dos Discursos.....	75
4.6.1 Sobre o Consumo de Álcool.....	75
4.6.2 Alcoolismo e Relação Familiar.....	77
4.7 Estigmatização e Alcoolismo.....	82
4.8 Alcoolismo e relações de gênero.....	84
4.9 Representação Social e Alcoolismo.....	85
4.9.1 Acesso ao CAPS ad: Permanência e tratamento.....	87
4.9.2 O grupo de alcoolistas sobre a perspectiva das relações de gênero.....	88
4.9.3 Alcoolismo, realizações pessoais e profissionais.....	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
6 REFERÊNCIAS.....	93
7 APÊNDICE.....	99

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto das inquietações acadêmicas que permearam a trajetória da graduação em Serviço Social e resultou no Trabalho de Conclusão de Curso que transformou angústias em possibilidades de problematizar e debater questões pertinentes na contemporaneidade referente ao uso de drogas e suas implicações a partir da perspectiva de gênero. Contudo, no presente estudo nos ateremos às questões relativas ao álcool e especificamente ao alcoolismo feminino.

Compreendendo que as relações desiguais de gênero permeiam (desde a Antiguidade) a história da humanidade em diversas culturas, reservando ao homem o lugar hegemônico e a mulher o lugar de subalternidade a partir da doutrinação do seu corpo e do seu comportamento, faz-se pertinente a análise destas questões considerando que a representação social e a estigmatização do alcoolismo se apresentam de maneira socialmente diferenciada no que concerne ao uso abusivo ou dependência do álcool por homens e mulheres. Dessa forma propomos a desessencialização do olhar no que se refere às relações desiguais de gênero, visualizando-a para além do biologicismo enquanto categoria relacional e socialmente construída.

As problematizações perpassam também pelas considerações em torno do uso abusivo e/ou dependência de drogas a partir do debate sobre o uso “lícito e ilícito” de tais substâncias, sobretudo do álcool, questionando a sua permissividade na sociedade, embora a sua prejudicialidade seja comprovada. As políticas de atenção aos usuários/usuárias de álcool e outras drogas, serão também analisadas, além da estigmatização, criminalização e marginalização desse contingente. Os impactos da estigmatização do alcoolismo são analisados considerando o processo de construção das identidades dessas mulheres, haja vista às representações depreciativas que lhes são atribuídas enquanto usuária de tal substância. Sendo historicamente subjugada, sua identidade passa a ser determinada com base na dependência ou abuso do álcool, ocorrendo o que Goffman (2004) denomina de “mortificação do Eu”, à medida que o discurso moralizante baseado nas diferenças entre homens e mulheres dissemina como inadequado, desviante e imoral o seu comportamento, tendo como princípios as diferenças percebidas baseadas no gênero.

O debate e a análise dessa realidade foi possibilitada através de revisão bibliográfica sobre a temática tendo como parâmetros os debates contemporâneos sobre o fenômeno, bem como, pesquisa qualitativa realizada com mulheres alcoolista atendidas no único CAPS ad do

recôncavo baiano, localizado no município de Santo Antonio de Jesus/BA, após a constatação da existência de um contingente significativo de mulheres dependentes de álcool, ou que fazem uso abusivo da substância e cuja realidade contribuiu para tal estudo.

Nessa perspectiva, buscamos aqui, visibilizar as implicações entre alcoolismo e gênero. Para tal, fazemos uso da interpretação dos conceitos de gênero e patriarcado, cuja discussão nos oferece aparato para transcender o biologicismo, de modo a evidenciar a relação de dominação-exploração que se perpetua em nossa sociedade e representa a face oculta dos vários tipos de violência sofrida pelas mulheres, causando-lhe sofrimento psíquico e muitas vezes dependência psicoativa, transformando-as em usuárias dos serviços ofertados pelo campo da saúde mental.

Segundo Saffioti (2004) a violência sofrida por essas mulheres as tornam “público privilegiado do adoecimento psíquico” e contribui para o surgimento de varias patologias, desde a depressão a outros tipos de transtornos mentais. Nesse sentido, faremos uma abordagem do âmbito da saúde mental enquanto campo referencial na oferta de serviços a esse contingente, traçando desde a gênese das formas de tratamento que asilavam e excluíaam a transformação desta pratica em possibilidades de atenção extra-hospitalar, comunitária e integralizada que atenda as demandas das pessoas com transtornos mentais e aos usuários/usuárias de álcool e outras drogas, inaugurando assim, uma nova forma de cuidar que transcende o binarismo saúde/doença passando-se a considerar vários outros aspectos da vida do usuário como os múltiplos fatores que contribuíram para o seu adoecimento, além de reconhecê-los enquanto sujeitos sociais dotados de subjetividade.

Para tanto, a análise dessas questões encontra-se dividida no presente trabalho em três capítulos, além da introdução e conclusão. O primeiro denominado “Gênero e Alcoolismo” traça um panorama das relações de gênero a partir da história do feminismo no Brasil, problematizando a invisibilidade do alcoolismo feminino decorrente dos estigmas associados ao seu uso abusivo ou dependência, além de elucidar a trajetória da saúde mental que rompeu com práticas asilares de tratamento das pessoas com transtornos mentais e influenciou na criação das Políticas de Atenção aos usuários/usuárias de álcool e outras drogas.

O Segundo capítulo refere-se a uma análise dos debates contemporâneos sobre o campo da Saúde Mental e as Políticas de Drogas, além dos desafios e possibilidades de atuação do Serviço Social frente a essas questões.

O terceiro e último capítulo apresenta o lócus de realização da pesquisa e a análise dos resultados, tendo como base a Teoria das Representações Sociais, visando apreender a representação do alcoolismo para as mulheres alcoolistas, sujeitos da pesquisa.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu através de pesquisa qualitativa, por entendermos ser esta de fundamental importância para interpretação dos fenômenos sociais a partir da interação do pesquisador com seu objeto de estudo. Nesse sentido, concordamos com Minayo (1996) quando a autora argumenta que,

[...] O método qualitativo [é] aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1996, p.10)

Definindo-se o método, optou-se pela entrevista semiestruturada como técnica para a pesquisa, haja vista que este instrumento nos possibilita através de um roteiro prévio de perguntas composto por questões abertas e fechadas, dialogar mais livremente com o sujeito pesquisado visando através dessas, apreender “as crenças, atitudes, valores, e motivações que compreendem o comportamento dos indivíduos em determinados contextos sociais” (GASKELL 2008, pg. 65).

Este estudo não se propõe ser exaustivo nem conclusivo. Ele aponta caminhos para pensarmos a temática do alcoolismo, vinculado às mulheres.

2- GÊNERO E ALCOOLISMO

2.1- Breve histórico do Feminismo no Brasil

Ao longo da história da humanidade, ao mesmo tempo em que houve dominação, subjugação e subalternização da mulher, houve também mulheres que se rebelaram contra seus opressores, contra as condições de vida a elas impostas, pagando às vezes com a própria vida por isso. Mas é de forma organizada e coletiva que as mulheres conseguiram conquistar direitos que muitas individualmente deram a vida para ter. A essa forma organizada de se mobilizar, conhecemos como Movimento Feminista ou Feminismo, surgido nas últimas décadas do século XIX, tendo como referência a Inglaterra, onde as inglesas travavam uma árdua luta pelo voto enquanto direito de participação política nas decisões do seu país.

O feminismo é uma filosofia universal que considera a existência de uma opressão específica a todas as mulheres. Essa opressão se manifesta tanto a nível das estruturas quanto da superestrutura (ideologia, cultura, política). Assume formas diversas conforme as classes e camadas sociais nos diferentes grupos étnicos e culturais. (TELES 1999, p.10)

O final do século XIX representa para o país, um período de importantes transformações, principalmente por tratar-se da transição de uma forma de governo (Império) para outra (República)¹. No Brasil, a luta feminista também começa pela exigência do voto, no início do século XX, cuja influência advinha das lutas já iniciadas pelas mulheres europeias. Segundo Pinto (2010) a precursora das primeiras lutas em prol desta causa, foi a bióloga Bertha Lutz, uma das fundadoras da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino no país. A autora também nos relata que a luta feminista nesse período era realizada por mulheres da classe média que tinham certa posição na sociedade, ou pelo menos eram as mais visibilizadas. Dessa forma, uma ressalva deve ser feita ao movimento nas suas décadas iniciais, não havia unificação, o movimento era classista.

Esse movimento se organizava algumas vezes muito próximo dos movimentos de mulheres das camadas populares que estavam nos bairros pobres e favelas, lutando

¹ O cenário tinha como um dos grandes acontecimentos o “fim da escravidão”, o que não serviu para a inclusão dos negros e negras na “sociedade de classes”, haja vista que havia o interesse da parcela hegemonicamente branca da sociedade em manter o status quo de hierarquização social, como nos afirma Fernandes (2008). “Nessa época, a mulher negra teve um papel preponderante ao garantir sozinha a sobrevivência da sua família, quando apenas ela conseguia ainda algum serviço remunerado” (TELES 1999, p.42).

por educação, saneamento e saúde, fortemente influenciados pelas Comunidades Eclesiais de Base- CEB da Igreja Católica (PINTO 2010, p. 17)

A luta nessa conjuntura era também das mulheres operárias que reclamavam salários mais justos e redução das jornadas de trabalho. Em 1906, 1917 e 1919 operárias de diferentes fábricas deflagraram greve em prol das reivindicações da classe trabalhadora feminina. Embora distintos ambos os movimento de luta das mulheres, tem sua primeira conquista na década de 1930 com o sufrágio universal e esse é um direito compartilhado por todas. Segundo nos afirma Pinto (2010), o movimento perde força nas três décadas seguintes, retomando o “fôlego” a partir dos anos 80. É valido ressaltar que a partir de 1964, a conjuntura havia se modificado com a instituição do regime militar no país.

A redemocratização que aconteceu a partir de 1980 apresentou uma nova fase para o feminismo brasileiro que incorporou as lutas outras reivindicações pelos direitos das mulheres, tais como, direito a saúde, contra a violência e o racismo, direito ao seu corpo e a sua sexualidade e tantas outras reivindicações que se apresentavam como bandeira de luta do movimento. (PINTO 2010). Em 1984, tido como um grande avanço nas lutas é criado o Conselho Nacional da Condição da Mulher (CNCM), seguido do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, que influenciou, sobretudo, a Constituição de 1988.

No que tange aos anos 90, com a entrada e permanência dos governos de Direita no cenário político do país, houve poucos avanços nas lutas feministas relacionadas a novas conquistas para as mulheres, o CNDM foi mortificado pelos governos dos presidentes Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso. A partir de 2002 com a substituição da presidência por um governo de Esquerda, políticas, programas e projetos de atenção e assistência à mulher voltam a ser desenvolvidos e a luta feminista é retomada, embora nunca tenha havido inércia por parte das mulheres que protagonizam esses embates, os líderes políticos antecessores a 2002, contribuía para que as reivindicações permanecessem estagnadas, mas não a luta. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, são conquistas posteriores ao governo direitista.

A realidade da mulher brasileira em sua trajetória de opressão, discriminação e exploração não distancia-se muito da condição de outras tantas mulheres em todo o mundo, diferenciando-se apenas de acordo com o contexto socio-histórico e cultural as quais estão inseridas. A subjugação das mulheres, assim como sua luta por direitos sociais, civis e políticos são universais, trata-se de um processo histórico permeado por relações de poder. Nesse sentido, as mobilizações e militância feminina organizada no país são contínuas e

necessária objetivando uma transformação social e societária que viabilize o fim da opressão feminina e da desigualdade de gênero.

2.2 Concepções acerca da discussão de gênero

A presente seção remonta as discussões teóricas acerca de gênero na perspectiva feminista. A categoria gênero surge no mundo contemporâneo para desessencializar os papéis atribuídos aos sexos, uma vez que as desigualdades entre homens e mulheres eram baseadas tão somente nas diferenças biológicas, que por sua vez, estabelecia previamente os papéis a serem desempenhados pelos sexos. Nesse sentido, pouco se ponderava a construção da identidade social e pessoal dos indivíduos, corroborando para normatização de condutas sociais e códigos morais que hierarquizam e naturalizam as relações de subalternização de um sexo sobre o outro, cabendo à mulher o ônus dessa relação. Por isso, concordamos com Beauvoir quando a autora afirma:

NINGUÉM nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico, define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino (BEAUVOIR 1980, p. 9).

O que a autora busca problematizar é a essencialização dos papéis atribuídos aos sexos, uma vez que são construídos socialmente. Na trama das relações sociais, o critério para a leitura do mundo é a realidade, nela encontramos as múltiplas determinações desta mesma realidade. Nesse direcionamento, as relações desiguais ampliam-se para além do biológico, sendo uma árdua tarefa desnaturalizá-las. Dessa forma ratificam-se os questionamentos levantados por Saffioti, quando a autora argumenta que:

A tentativa de construir o ser mulher enquanto subordinada, ou melhor, como dominada-explorada vai ter a marca da naturalização, do inquestionável, já que é dada pela natureza. Todos os espaços de aprendizado, os processos de socialização vão reforçar os preconceitos e estereótipos dos gêneros como próprios de uma suposta natureza apoiando-se, sobretudo na determinação biológica. A diferença biológica vai se transformar em desigualdade social e tomar uma aparência de naturalidade (SAFFIOTI 1992² apud CARLOTO 2010, p.04).

² SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O. ; BRUSCHINI, C. (Orgs.) **Uma Questão de Gênero**. São Paulo ; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992

Nessa perspectiva, buscamos aqui, visibilizar a problemática de gênero partindo da realidade de mulheres alcoolistas atendidas no CAPS ad no município de Santo Antonio de Jesus/BA. Para tal, fazemos uso da interpretação dos conceitos de gênero e patriarcado cuja discussão nos oferece aparato para transcender o biologicismo, evidenciando a relação de dominação-exploração que se perpetua em nossa sociedade e representa a face oculta dos vários tipos de violência sofrido por mulheres, representando a causa do sofrimento psíquico e muitas vezes dependência psicoativa destas, transformando-as em usuárias dos serviços ofertados pelo campo da saúde mental. Mais especificamente, partimos dos conceitos de gênero e patriarcado definidos pela socióloga brasileira Heleieth Saffioti³, bem como utilizamos a concepção de gênero explicitada pela historiadora estadunidense Joan Scott⁴, cuja reflexão mostrou-se como um “divisor de águas” nos estudos feministas em curso nos anos de 1980 no Brasil.

Na obra “Gênero, Patriarcado e Violência”, Saffioti (2004) nos apresenta dados de uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, através do Núcleo de Opinião Pública (NOP) sobre “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, tendo por finalidade, investigar nesses âmbitos a violência contra mulher. Desse modo, apresenta-se como uma importante fonte para desmascarar o que a autora denomina de fenômenos sociais relativamente ocultos que permite a um marido que espanca sua mulher ser poupado de punições em vários dos ambientes por ele frequentados, evidenciando dessa forma a hegemonia masculina no âmbito da sociedade.

Tendo como base os dados, a autora traça um perfil dos vários tipos de violência que ocorrem na sociedade brasileira, desencadeada por fatores diversos, embora seja majoritariamente a violência de gênero a mais recorrente. Saffioti (2004) parte do âmbito privado para analisar as relações patriarcais de gênero, no entanto, a esfera pública não é descartada por ela, haja vista que a autora ressalta a existência da subordinação feminina em

³ Heleieth Iara Bongiovani Saffioti. Socióloga, Professora, Escritora e Pensadora Feminista. Graduiu-se em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP) em 1960. Disponível em: << http://www.cnpq.br/web/guest/pioneiras-view/-/journal_content/56_INSTANCE_a6MO/10157/1144214>> Acesso em: 05 Nov.2014

⁴ Joan Scott (1941-), historiadora estadunidense, escreveu um célebre artigo que demarca uma leitura pós-estruturalista a respeito do gênero, explorando seus potenciais analíticos de desconstrução e ressignificação. Disponível em: << <http://ensaiosdegenero.wordpress.com/2012/04/23/o-conceito-de-genero-por-joan-scott-genero-enquanto-categoria-de-analise/>>> Acesso em: 05 Nov. 2014

outras esferas, como na política⁵, onde a figura masculina detém um lugar hegemônico de atuação, elucidando a violação dos direitos femininos infringidos majoritariamente por homens, os quais encontram-se em posições sociais privilegiadas. Tratando-se ainda da esfera privada, a violência perpetrada por homens – companheiros, pais, padrastos, parentes e/ou conhecidos da família – no âmbito familiar a exemplo dos abusos sexuais, tem como consequência sequelas para além do flagelo físico, nos afirma Saffioti (2004) incidindo também na esfera psicológica, corroborando para reduzidas probabilidades de cura ou êxito nos tratamentos das vítimas.

O abuso sexual é outra dimensão que por intermédio do discurso machista e opressor tenta-se justificar tais violações reforçando assim o sexismo. Algumas dessas concepções baseiam-se na argumentação de que a sexualidade da mulher tão só aflora quando provocada, pois esta foi socializada para conduzir-se como “caça” e, no caso do homem, há uma incontrollabilidade da dimensão sexual, justificando assim, a conduta do agressor/ “predador”. Esses pensamentos fazem parte de uma ideologia machista e sexista que “reflete uma estrutura de poder baseado na violência de gênero, cuja distribuição é desigual em detrimento das mulheres [...] As mulheres são amputadas, sobretudo no desenvolvimento da razão e no exercício do poder” (Saffioti 2004, p. 35).

Na obra intitulada “Violência doméstica: questão de polícia e da sociedade”, Saffioti (1993) entrevista 300 mulheres vítimas de violência. Os dados de sua pesquisa reforçam o universo de opressão a que são condicionadas as mulheres da contemporaneidade.

70% das mulheres confirmaram ter sido vítima de algum tipo de violência (exceto violência sexual) por parte de seu parceiro; 53% delas já haviam sofrido algum tipo de ameaça física com armas por parte dos companheiros; 15% das mulheres apontaram as humilhações dentro de casa como sendo as “feridas na alma” mais difíceis de curar; 12% das entrevistadas relataram já ter sofrido violências verbais desrespeitosas e desqualificadoras no trabalho ou em casa; 11% já havia sofrido Lesão Corporal Dolosa; 9% passou pela situação de cárcere privado e teve que faltar ao trabalho; 8% foram ameaçadas com arma de fogo por parte do companheiro; 6% das entrevistadas foram forçadas a práticas sexuais que não lhes agradaram. (SAFFIOTI 1993 apud SAFFIOTI 2004 p.63)

Segundo as entrevistadas a violência a que são submetidas provoca uma “dilaceração” psicológica maior do que a física, pois “a humilhação provoca uma dor mais profunda”, sendo difícil de ser curada. Portanto, as mulheres que são expostas a violência, independente da

⁵O art. 10, §3º, da Lei 9.504/97 assegura a reserva de 30% e 70%, para cada gênero, do número de candidaturas a que os partidos políticos e coligações têm direito. Disponível em: <<
http://www.presp.mpf.mp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=589&Itemid=72>> Acesso em: 05.NOV.2014

faixa etária, dificilmente conseguirão se recuperar, pois além da violação do corpo, são também afetadas no intelecto, nas emoções, no âmbito psicológico.

Segundo nos afirma Saffioti (2004, p.20) “O machismo [...] oculta essas ocorrências em vez de fazer face a elas e implementar políticas que visem no mínimo a sua drástica redução.” Dessa forma, tornam-se público privilegiado do adoecimento psíquico, cujas patologias variam de depressão, intensificação dos transtornos mentais ao consumo de substâncias psicoativas (legais e ilegais).

Nesse sentido, Saffioti (2004) desvela os tipos de violência às quais são submetidas às mulheres, apresentamos assim sua conceituação a partir da Lei 11.340/06, conhecida com Lei Maria da Penha⁶, importante instrumento na luta pelo fim da violência praticada contra a mulher e punição dos seus agressores. A referida Lei, no Capítulo II das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, no art. 7º, determina formas de violência doméstica e familiar contra a mulher,

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; IV - a violência

⁶ Maria da Penha é biofarmacêutica cearense, e foi casada com o professor universitário Marco Antonio Herredia Viveros. Em 1983 ela sofreu a primeira tentativa de assassinato, quando levou um tiro nas costas enquanto dormia. Viveros foi encontrado na cozinha, gritando por socorro, alegando que tinham sido atacados por assaltantes. Desta primeira tentativa, Maria da Penha saiu paraplégica. A segunda tentativa de homicídio aconteceu meses depois, quando Viveros empurrou Maria da Penha da cadeira de rodas e tentou eletrocutá-la no chuveiro. Apesar da investigação ter começado em junho do mesmo ano, a denúncia só foi apresentada ao Ministério Público Estadual em setembro do ano seguinte e o primeiro julgamento só aconteceu 8 anos após os crimes. Em 1991, os advogados de Viveros conseguiram anular o julgamento. Já em 1996, Viveros foi julgado culpado e condenado há dez anos de reclusão mas conseguiu recorrer. Mesmo após 15 anos de luta e pressões internacionais, a justiça brasileira ainda não havia dado decisão ao caso, nem justificativa para a demora. Com a ajuda de ONGs, Maria da Penha conseguiu enviar o caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), que, pela primeira vez, acatou uma denúncia de violência doméstica. Viveiro só foi preso em 2002, para cumprir apenas dois anos de prisão. O processo da OEA também condenou o Brasil por negligência e omissão em relação à violência doméstica. Uma das punições foi a recomendações para que fosse criada uma legislação adequada a esse tipo de violência. E esta foi a sementinha para a criação da lei. Um conjunto de entidades então reuniu-se para definir um anti-projeto de lei definindo formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres e estabelecendo mecanismos para prevenir e reduzir este tipo de violência, como também prestar assistência às vítimas. Em setembro de 2006 a lei 11.340/06 finalmente entra em vigor, fazendo com que a violência contra a mulher deixe de ser tratada com um crime de menos potencial ofensivo. A lei também acaba com as penas pagas em cestas básicas ou multas, além de englobar, além da violência física e sexual, também a violência psicológica, a violência patrimonial e o assédio moral. (OBSERVATÓRIO LEI MARIA DA PENHA) Disponível em: << http://www.observe.ufba.br/lei_mariadapenha>> Acesso em 30.Out.2014

patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

É válido ressaltar que a referida Lei, parte da luta de uma sobrevivente. Uma mulher, vítima de tentativa de homicídio por seu cônjuge, que lutou durante quinze anos para que o responsável por deixá-la numa cadeira de rodas fosse julgado pelo crime contra a sua vida e fosse punido. A ineficácia do nosso sistema judiciário na defesa da mulher, constituiu a necessidade de recorrer a órgãos internacionais para que a justiça fosse efetivada. Dezenove anos depois, o agressor é punido com dois anos de prisão e o Brasil condenado pela Organização dos Estados Americanos (OEA) por negligência e omissão a violência doméstica. O tipo de tratamento dado à violência contra a mulher que protagonizou essa militância em prol da justiça destaca a naturalização com que os Direitos Humanos são violados no âmbito da sociedade.

Dessa forma, a contribuição de Saffioti (2004) faz-se de fundamental importância no tratar das questões pertinentes a violência contra a mulher por colocar em evidência a sua naturalização tendo em vista as relações de poder que perpassam as relações de gênero e reserva ao homem o lugar socialmente hegemônico, favorecendo entre outras coisas a sua impunidade perante as inúmeras formas de opressão e violência deflagrada por essa categoria a mulher.

Outra importante autora nas discussões de gênero, enquanto categoria analítica é Scott (1990). Sua teoria afirma que o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas, além de ser também uma forma primária de dar significado as relações de poder. Segundo a autora, o conceito de gênero não deve restringir-se ao parentesco (esfera privada), mas abranger a política, educação, mercado de trabalho, ou seja, os vários âmbitos da esfera social.

Para algumas feministas, o termo gênero apresenta novas possibilidades de reconstrução da história das mulheres a partir de um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente, sobretudo na rejeição ao determinismo biológico que centraram as diferenças entre homens e mulheres com base apenas no sexo, enquanto justificativa para as desigualdades. Nesse sentido, o uso do gênero enquanto categoria de análise permitiria a “criação” de uma nova história para as mulheres que incluiria “tanto a experiência pessoal e subjetiva quanto as atividades públicas e políticas” (SCOTT 1990, p.73).

A história das mulheres surge, portanto, como exigência do movimento feminista, que busca visibilizar a participação da mulher na histórica e explicar a opressão patriarcal a que eram/são submetidas. Ainda, no que concerne ao aspecto historiográfico, entende-se que embora seja a história das mulheres reconhecida academicamente, era tida como assunto feminista, ou como história do âmbito privado, em oposição à esfera pública. “Guerra, economia, política e outros temas nobres não teriam nenhuma relação com as questões de gênero.” (Torrão Filho 2005, p.131). Nesse sentido, a priori, o conceito de gênero não questionava as desigualdades ou as relações de poder, nem se posiciona a favor de uma das categorias, apenas incluía as mulheres na história “sem lhes nomear”. Scott (1990), por outro lado, propunha o uso do gênero para analisar a relação homem e mulher, a partir de “múltiplas conexões hierárquicas, precedências e relações de poder.” (p.132)

Para conceituar gênero, as/os historiadoras/es utilizavam abordagens distintas, que se dividiam em duas categorias: A primeira categoria descritiva, apresentava o fenômeno sem interpretá-lo, explicá-lo ou atribuir-lhe causalidade. A segunda, além de teorizar sobre a natureza dos fenômenos, visava compreender como e porque eles tomam a forma que têm. No que se refere à primeira categoria, Scott (1990) faz uma crítica ao uso descritivo da história das mulheres realizada pelas/os historiadoras/as, sobretudo as feministas, na tentativa de conceituar gênero sobre um caráter reducionista e limitado, ao apenas descrever essas histórias sem apresentar nenhuma perspectiva de mudança no quadro de subordinação dessas mulheres.

No seu uso descritivo, gênero é então um conceito associado ao estudo de coisas relativas às mulheres. ‘Gênero’ é um novo tema, um novo domínio da pesquisa histórica, mas não tem poder analítico suficiente para questionar (e mudar) os paradigmas históricos existentes (SCOTT 1990, p.76).

O uso do termo estava relacionado às relações entre os sexos, embora as relações políticas e de poder ficassem fora dessa conceituação, haja vista que seu uso era utilizado para explicitar o universo das mulheres, crianças, família, embora não explicasse como essas relações são construídas, como funcionam ou mudam. Desse modo, compreende-se que a categoria gênero na perspectiva descritiva apresenta certo vazio de ideais políticos, no sentido de propor transformações as bases causadoras das desigualdades entre homens e mulheres.

Tratando-se da segunda categoria, Scott (1990) ressalta que o conceito de gênero serviria para distinguir a prática sexual dos papéis sexuais atribuídos às mulheres e homens, pois este não é determinado pelo sexo, nem determina a sexualidade. Dessas concepções, surge a problemática de que a representação do masculino e do feminino se constitui de

acordo com o contexto social, ou seja, são construtos subjetivos. Nesse sentido, a autora é contrária a oposição binária universal entre os sexos, por entender que existem diferenças, mas que estas são passíveis de serem superadas à medida em que estas não se transformem em desigualdades ou de outra forma, a luta feminista estaria fadada ao fracasso.

Para SCOTT, a questão da dominação de gênero não deve ser encarada como algo natural ou simplesmente explicável. No interior de cada situação social e histórica podem-se identificar resistência e múltiplas versões que são mantidas, transformadas ou sustentadas, dependendo do aprofundamento teórico empregado como lente para interpretar, avançar e elucidar essa dominação. (SANTANA e BENEVENTO 2013 p.10).

Segundo a autora, o gênero implica quatro elementos inter-relacionados: O primeiro, símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas, tais como Eva e Maria, que são sinônimos de pureza e impureza, ou seja, referências socialmente construídas do adequado e do inadequado no que concerne ao papel da mulher. O segundo refere-se a conceitos normativos que expressam interpretações e significado de símbolos que tentam limitar e conter suas possibilidades metafóricas. Esses conceitos baseados em doutrinas religiosas, políticas, educativas, visam afirmar a imutabilidade do significado de homem e mulher. O terceiro diz respeito às novas pesquisas históricas cujo dever seria o de romper com a fixidez dessas determinações binárias de sexo. “Esse tipo de análise deve incluir uma concepção de política, bem como uma referência as instituições e organização social.” (Scott 1990, p.87).

O quarto e último aspecto do gênero definido pela autora, refere-se à identidade subjetiva dos sujeitos. Segundo Scott (1990), esses quatro elementos não operam de forma independente, embora não operem de forma simultânea. “o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual o poder é articulado” (p.88). Dessa forma,

O termo gênero “torna-se uma forma de indicar ‘construções culturais’- a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e mulheres. Trata-se de uma forma de se referir as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. ‘Gênero’ é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado”. (SCOTT 1990, p.75).

Para Scott (1990) o gênero é responsável tanto pela distribuição de poder quanto pelos meios simbólicos e materiais de acesso a ele. E qual tem sido o papel da mulher nesse âmbito? As mulheres têm estado à margem, opostas ao poder, na condição de subalternidade, onde não podem decidir sobre suas próprias vidas, “não exercem e não exerceram o poder, bem como não o acumulam reproduzindo-o não para elas mesmas, mas para aqueles que

sempre a controlaram.” (COSTA, 1998 apud SILVA 2013). Nesse sentido, destacamos as desigualdades existentes entre homens e mulheres no mercado de trabalho, permeado pelas relações de poder que as colocam em posições subalternizadas, haja vista que as diferenças salariais ratificam essas questões, reafirmando a hegemonia masculina e a relação dominação exploração que transcende a esfera privada e é produzida e reproduzida no âmbito público.

Além de estarem mais presente no setor informal da economia, as mulheres continuam recebendo remuneração média inferior aos homens, mesmo que tenham reduzido essa diferença nos últimos anos. Dados do IBGE (2012) mostram que, no Brasil, elas recebem em média 73,3% do rendimento dos homens. Um fato que chama atenção é que entre os mais escolarizados (12 anos ou mais de estudo), a desigualdade de rendimento é ainda maior, dado que elas recebem apenas 59,2% do rendimento deles. Esses resultados apontados pelo estudo do IBGE (2012) corroboram os estudos de Neves (2006), Bruschini e Lombardi (2007), e Chies (2010), que já indicavam a inferioridade no rendimento das mulheres em relação aos homens, mesmo tendo um nível de escolaridade igual ou superior. (NETO et.al 2014, p. 09)

A disparidade profissional e salarial entre homens e mulheres é justificada por alguns autores com base na construção dos papéis sociais que instituíram a esfera privada como espaço da mulher e o âmbito público (como o mercado de trabalho) espaço pertencente aos homens. Dessa forma, a entrada tardia das mulheres nesse mercado permeado pelas desigualdades de gênero manteve essa concepção. Silva (2013) nos afirma que a maneira como somos socializados legitima um mundo simbólico que ratifica a dominação masculina, pois, desde cedo o comportamento da mulher é moldado para portar-se adequadamente e para conduzir-se corporal e moralmente, sendo preparada para o exercício das funções de “menina, moça, esposa e mãe [pois] a feminilidade parece mediar-se pela arte de se fazer pequena” (SILVA 2013, p.04).

Nesse sentido, a transgressão desses construtos sociais evidenciado pelo caráter mutável das representações tornam o seu comportamento “inadequado” para o que se espera socialmente da postura feminina. “Nessa sociedade patriarcal, os maridos dominavam as mulheres em privado e as autoridades masculinas defendiam em público a supremacia dos homens em todas as instâncias sociais”. (NANJARÍ 2009, p.143). Essa legitimação patriarcal tem seu ponto de partida no âmbito privado e permanece no âmbito público que por meio das instâncias de poder, regula na perspectiva de gênero as relações privadas, ou seja, a primazia é da hegemonia masculina em ambos os espaços.

A luta por direitos civis, políticos e sociais é vista como a tentativa feminina de ocupar espaços que no âmbito do discurso “não lhes pertencem” e são delegados a masculinidade.

Daí a necessidade de Convenções e Protocolos no âmbito das Nações Unidas, bem como, legislações nacionais que visem superar as desigualdades de gênero na sociedade. Concordamos, portanto, com Saffioti (2004) quando a autora afirma que,

O patriarcado serve a interesses dos grupos/classes dominantes e o sexismo não é meramente um preconceito, sendo também o poder de agir de acordo com ele. No que tange ao sexismo o portador de preconceitos é legitimado pela sociedade a discriminar categorias sociais, marginalizando-as. [...] A ideologia sexista se corporifica através de fenômenos que empoderam os executores da relação dominação-subordinação. (SAFFIOTI 1969 apud SAFFIOTI 2004, p.123)

Prosseguindo, a autora argumenta que o patriarcado é tratado por algumas feministas como “categoria específica” de determinado período, referindo-se as desigualdades atuais como resquícios de um patriarcado não mais existente. No entanto, nos afirma a autora, o patriarcado esta em transformação e, se na antiguidade o patriarca detinha poder de vida e morte sobre sua esposa e filhas, na contemporaneidade, homens continuam matando suas esposas, transformando-as em réis e sendo absolvidos de suas acusações. Segundo define Saffioti (2004), o patriarcado “é o único conceito que se refere especificamente á sujeição da mulher e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens” (PATEMAN⁷ 1993 p.39-40 apud SAFFIOTI 2014, p. 55).

O patriarcado nesse sentido afirma o direito sexual que o homem exerce sobre a mulher, além de representar uma estrutura que revela um sistema de poder baseado na ideologia da violência. Diante do exposto, mostra-se evidente a pertinência do conceito de patriarcado problematizado pela autora enquanto regime de dominação-exploração da mulher pelo homem. No que concerne ao gênero, à autora considera ser este um construto social do masculino e feminino, embora amplo ao englobar a violência homem-mulher; mulher-homem; homem-homem; mulher-mulher, não necessariamente explicitando segundo a autora, a desigualdade entre estes.

2.3- Estigma, Saúde Mental e Mulheres: Uma Discussão Pertinente Sobre o Alcoolismo

Este tópico problematiza a categoria estigma a luz da psicologia social, entendendo-o de forma relacional. Segundo Goffman (2004) um estigma é a característica que reduz um indivíduo tão só a aspectos negativo-depreciativos, nesse sentido, o indivíduo deixa de ser

⁷ PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Trad. Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

considerado “criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (p.06). Assim, o autor elenca três categorias de estigmas.

Primeiro, “as abominações do corpo” – que são as desfigurações físicas. Segundo, “as culpas de caráter individual” – tal como, vícios, alcoolismo, transtornos mentais, desonestidades, prisão, homossexualismo, etc. Terceiro, “os estigmas tribais” – assim sendo, raça, religião e nação. Nesse direcionamento, o indivíduo estigmatizado tem constantemente seu “Eu mortificado” pelas instituições totais e suas regras de condutas e/ou as regras da casa (GOFFMAN, 1961), sendo tal mortificação a perda de sua identidade social.

Por outro lado, o estigma passa a ser a “nova identidade social” do indivíduo estigmatizado, sendo por vezes objetos de sua negação, tendo por estima que não é socialmente aceito. Nesse direcionamento, se encontra a categoria gênero, a qual segundo Louro (1997) é forjado com intuito de dar visibilidade ao sujeito histórico invisível, nesse caso, a mulher.

Isso nos leva à questão do gênero em si. As classes são constituídas de homens e mulheres e diferenças de classe e status podem não ter o mesmo significado para mulheres e homens. O gênero é uma divisão crucial. O gênero não é uma simples categoria analítica; ele é como as intelectuais feministas têm crescentemente argumentado, uma relação de poder (WEEKS, 2000, p.40).

Tal perspectiva demonstra que a diferença existente entre homens e mulheres não deve ser tratada de maneira secundária, pois as diferenças de classes e status entre os gêneros constituem-se em relações de poder. Logo, o gênero é relacional, assim os significados atribuídos sejam ao homem ou a mulher terá diferentes representações devido a sua posição na configuração social. Deste modo, as representações sociais de certo grupo e/ou indivíduo tece sua identidade (SILVA, 1998 apud LOURO, 2000). Igualmente, na concepção de Silva, “[...] a representação é, como qualquer sistema de significação, uma forma de atribuição de sentido. Como tal, a representação é um sistema linguístico e cultural: arbitrário, indeterminado e estreitamente ligado às relações de poder”. (SILVA 2009, p.91). De tal modo, buscamos problematizar a representação da mulher alcoolista (logo, estigmatizada) na percepção de seus pares.

Entende-se, portanto, que os estigmas podem ser caracterizados como desvio. Em seu estudo sobre comportamentos sociais aceitáveis e rejeitáveis, Becker (2008) compreende que, quando construída as regras pelos grupos sociais, estima-se que os indivíduos pertencentes

aos clãs obedecem-nas, mas quando tais regras são violadas, o violador é caracterizado desviante, ou seja, outsider.⁸

A sociedade exige dos indivíduos o cumprimento do seu papel social e se o desempenho atribuído é negativo, sua representação social é desacreditada. Ou seja, até mesmo o estabelecimento de estigmas está relacionado à sustentação de condutas socialmente aceitáveis numa determinada sociabilidade como bem coloca Goffman (1985).

Diz-se que os estigmas sempre existiram, porquanto a tipificação de atributos considerados positivos e negativos entre os grupos sociais é fator necessário à diferença, a sustentação de um projeto social, que condicionam alguns a posição de estabelecidos e outros outsiders. De acordo com Elias e Scotson (2000) as posições sociais são definidas por intermédio da imposição de poder de um grupo sobre o outro, sendo esse poder emanado da internalização de valores de inferioridade, que é legitimado pelo grupo subalterno. Ao acreditar em sua condição de inferioridade, o indivíduo subalterno reafirma seu estigma, portanto, identifica-se que os estigmas fazem parte de relações de poder.

Por outro lado, os estigmatizados também podem ser estigmatizadores, no intuito de buscar encontrar seu lugar social, enquanto “normais”, nesse sentido, aparentemente rejeita seus pares, mas no íntimo os aceitam. Para Goffman (2004) tal fenômeno é chamado de ambivalência, embora em certo momento o estigmatizado faça aliança com os “normais” jamais rejeitará totalmente seu grupo, no sentido de pertencimento. O pensamento do autor é expressivo quando analisado grupos sociais subalternos que fazem alianças a grupos sociais ‘estabelecidos’, visando serem reconhecidos enquanto “normais”, ou melhor, almejando aceitação social. A necessidade humana de aceitação pelos pares advém da condição humana de socialização, pois enquanto ser social a construção das identidades depende da legitimação de olhares externos, nem sempre aceitáveis.

No que concerne ao alcoolismo feminino, o consumo do álcool historicamente faz parte de muitas culturas e civilizações, no entanto, o seu conceito enquanto patologia atribuído a problemas relacionados à saúde foi estabelecido no século XIX, por “Benjamim Rush”, a partir da observação realizada por ele sobre o comportamento masculino ao beber, o

⁸ Os tipos de estigma com relação a grupos é algo histórico e de acordo com cada contexto apresentam “relações específicas entre estabelecidos e outsiders”, onde o primeiro se sobrepõe ao segundo sempre, e o contrário muito raramente acontece devido à correlação de forças estabelecidas entre ambos, que prevalece devido à interiorização de inferioridade pelos outsiders, ao serem convencidos –pelos estabelecidos- da sua condição de “inferiores”. Elias e Scotson (2000)

qual era estereotipado segundo o uso abusivo dessa substância, os caracterizando como “degenerados” e “fracos de caráter” (SAÁD⁹ 2001 apud CESAR 2005, p.05).

Quando se tratava da repetição desses hábitos por mulheres, o ato de beber era extremamente reprovado no âmbito social, pois este comportamento infringia os padrões morais, sobretudo no século XVIII, mesmo antes da concepção de embriaguez ser denominada de alcoolismo e relacionada a patologias no âmbito da saúde.

Pela lei da época, a embriaguez era tão condenada para as mulheres quanto o adultério, pois para eles, beber trazia riscos para a mulher relacionados à liberação da sua sexualidade e os efeitos do álcool levariam as mulheres a um comportamento fora dos padrões aceitos (BLUME 1990 apud CESAR 2005, p.06)

Os dependentes do álcool como já sinalizado, historicamente são vistos de maneira preconceituosa e discriminatória, algo que na contemporaneidade não se torna diferente, principalmente para a mulher, cujo estereotipo se afasta da representação de gênero constituída para atribuir-lhe um lugar inferiorizado e subalternizado, onde são delegadas funções previamente estabelecidas como o ser mãe, esposa, cuidadora do lar e “nutridora emocional e física dos seus familiares”, devendo tais papéis serem cumpridos para reafirmação do “papel social” e do comportamento não desviante.

Mulheres que foram criadas para o lar, casar e ter filhos, são as que mais podem sofrer sentimentos contraditórios e de inadequação [...] o *beber feminino* se relaciona com esse processo que está atravessado pelas concepções hegemônicas de gênero (OLIVEIRA e SILVA, 2002 apud CESAR 2005, p.39)

De acordo com Santos (2009) o Relatório de Saúde Mental apresentado em 2001 pela Organização das Nações Unidas – ONU atribui às mulheres a maior probabilidade de desenvolverem transtornos mentais e sofrimento psíquico. Autores como Santos (2009) e Oliveira (2000) relacionam esses distúrbios à sobrecarga de papéis e funções atribuídos a mulheres em consequência das relações desiguais de gênero. Nesse universo, destaca-se ainda, os variados tipos de violência a que são submetidas, contribuindo assim para a intensificação desses transtornos que se manifestam através de quadros de depressão, isolamento social e nervosismo, tornando-as vulneráveis para a adesão a fármacos e álcool, provocando a dependência e o seu adoecimento.

⁹ SAÁD, A., 2001. Tratamento para Dependência de Drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: Cruz, M. e Ferreira, S. (orgs). **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamento**. Rio de Janeiro, IPUB - CUCA (pp. 11-32).

Na pesquisa intitulada “Saúde mental, sobrevivência, sofrimento e dependência química licita” Oliveira (2000) nos apresenta dados sobre de mulheres que fazem uso de drogas com destaque para o Diazepam. A referida autora pode constatar que as relações sociais de gênero têm grande responsabilidade no processo saúde/doença das mulheres e no seu sofrimento psíquico, haja vista que por condicionalidades dos papéis a elas outorgados socialmente, há a primazia do cuidado com os familiares (marido, filhos) em contraposição ao cuidado com a própria saúde.

Embora a autora ressalte que o público feminino procura mais os serviços de saúde que o masculino, a estrutura para o atendimento adequado a essas usuárias dos serviços de saúde ainda deixa a desejar. O atendimento de forma integral que amplie esses atendimentos para além da saúde reprodutiva e materno-infantil não é uma realidade em todo território brasileiro, embora o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher instituído em 1983 tenha ampliado a assistência à saúde da mulher, ainda é necessário a sua efetividade, nos afirma Souto (2008).

Segundo a OMS¹⁰ (1990 apud OLIVEIRA 2000) essa lacuna é ainda existente no atendimento qualitativo as mulheres, porém essa problemática perpassa o âmbito da saúde em sua totalidade, não isentando o campo da saúde mental. Dessa forma, a autora faz uma crítica a prescrição e ao uso indiscriminado de medicamento, sobretudo o Diazepam para esse contingente. “Só no Brasil, em 1986, foram consumidas 500 milhões de doses diárias de tranquilizantes o que é três vezes superior às necessidades” (OLIVEIRA 2000, p.71).

Nesse sentido, a autora questiona o despreparo dos profissionais de saúde para visualizar os transtornos mentais e o sofrimento psíquico em mulheres pelo viés da integralidade – extrapolando o universo do biologicismo – as tornando alvos preferências das indústrias farmacêuticas, haja vista que o consumo exacerbado dessas substâncias significa rentabilidade para o mercado. “O complexo industrial tem na indústria farmacêutica um dos seus maiores parceiros [...] Atualmente ela fatura, em média 10 bilhões por ano. É mais do que movimenta a construção civil, o dobro do que obtém a indústria de eletrodomésticos” (BARROS¹¹ 1995 apud OLIVEIRA 2000, p.66).

Assim como os fármacos, o álcool também representa uma droga licita que causa dependência e movimenta lucrativamente os complexos industriais a nível mundial, embora seu uso/abuso pelo público feminino apresente menor número que o masculino, suas

¹⁰ Organização Mundial Da Saúde. **La situation pharaceutique dans Le monde**. Genebra, 1990

¹¹ BARROS. J.A.C. A medicalização da mulher no Brasil. In: WOLFEERS, I. et al. **O marketing da Fertilidade**. São Paulo: Hucitec, 1991.

consequências no que se refere aos danos causados à saúde deve ser considerada enquanto um problema de saúde pública cujas intervenções para redução dos danos devam ser entendidas de forma integral e com base nas relações de gênero.

O alcoolismo é definido pela Organização Mundial de Saúde- OMS como doença pertencente ao campo da saúde mental, tendo base a Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) o padrão de uso de risco é definido como o modo de beber que expõe frequentemente o indivíduo a qualquer consequência negativa (social, familiar, pessoal, legal), mas ainda sem prejuízos concretos e sem doença física ou mental associada. O padrão de uso nocivo, também denominado uso problemático, é o modo de beber no qual o indivíduo já acumula algum prejuízo em qualquer esfera de sua vida decorrente do consumo de álcool e pode estar associado à doença física ou mental. Por último, o padrão de dependência se caracteriza pela presença de sinais como tolerância ao consumo de álcool, abstinência e sensação de perda do controle sobre o modo de beber (KERR-CORRÊA, 2006 apud PRADO, 2010 p.15).

No que concerne aos níveis de consumo de álcool por mulheres e os danos por ele provocado – o “beber feminino” – em sua maioria tem-se enquadrado no padrão nocivo, haja vista que além dos transtornos psíquicos, seu uso abusivo pode provocar danos biológicos e sociais tais como patologias, cirroses hepática, doenças gastrointestinais, hepatites, além de acidentes automobilísticos, suicídios e violência, perda dos vínculos familiares e exclusão da esfera social, como nos afirma Cesar (2005). Mesmo sendo hoje o público masculino os maiores envolvidos em acidentes de trânsito promovidos por embriaguez, às mulheres que consomem a substância não estão isentas dessas estatísticas.

De acordo com o Relatório Global sobre Álcool e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), verifica-se que 15% dos acidentes de trânsito no mundo foram atribuídos ao álcool em 2012. A frequência de acidentes de trânsito entre homens é superior às mulheres em diversos países e no Brasil 18% dos acidentes com mortes entre homens estiveram associados ao álcool, enquanto que entre as mulheres a frequência foi de 5% [...] De acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, do Ministério da Saúde, no ano de 2011 foram registrados 12.868 atendimentos em urgência e emergência por acidentes de transporte em todo o Brasil, sendo o 2º tipo de ocorrência mais frequente (26%) no respectivo ano, perdendo apenas para as quedas (31%). A suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo paciente foi registrada em quase 20% destes atendimentos (20% dos homens e 8% de mulheres) (Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool- CISA 2014).

Cesar (2005) nos apresenta três teorias com relação ao alcoolismo para melhor compreendê-lo a partir da perspectiva biológica, psicológica e sociocultural na tentativa de explicar a dependência do álcool. No que se refere ao aspecto biológico, à autora explicita a

concepção de Jellinek¹² (1960), o qual defende a ideia que os indivíduos apresentarão pré-disposição ou não para beber de acordo com suas características biológicas.

A dimensão psicológica é definida por Sonenreich¹³ (1971) que aponta aspectos psicológicos como “baixa estima e passividade” como fatores que não são causados pelo consumo do álcool, mas que se manifesta em decorrência do seu uso abusivo.

Definindo o aspecto sociocultural, Mansur¹⁴ (1987) com base na “teoria comportamental” argumenta que o consumo do álcool seria uma maneira de lidar com problemas existenciais, além de ser um “comportamento apreendido”, em que todo e qualquer indivíduo pode estar suscetível. O referido autor diferencia o consumo com base na classe social, idade, sexo etc;. No entanto, ao confirmar que os mesmos aspectos manifestam-se mesmo em culturas diferenciadas, suas argumentações apresentam outro viés que independem desses fatores e a partir daí problematiza o alcoolismo, ressaltando que o uso abusivo e/ou dependência dessa substância não deve ser analisada de forma generalizada, mas com base nas particularidades de cada contexto.

Segundo Blume¹⁵ (1986 apud Cesar 2005) o consumo de álcool entre as mulheres aumentou depois da II Guerra Mundial, fator que seria explicado pelo contexto em que se encontravam. Com relação ao Brasil, com base em Santana¹⁶ (1987) o consumo de álcool entre mulheres é interpretado da seguinte forma:

Santana (1987) subdividiu seus dados epidemiológicos sobre o consumo entre as mulheres da seguinte maneira: de 1969 para 1970, houve um aumento considerável no consumo moderado; de 1970 para 1972, houve diminuição do consumo moderado e aumento do consumo exagerado; de 1972 para 1973, inverte novamente, aumentando o consumo moderado e diminuindo o consumo exagerado. Por último, em 1983, aumentaram os dois modos de consumo, moderado e exagerado. (SANTANA 1987 apud CESAR 2005, p. 21)

No caso brasileiro tendo como base a conjuntura da época em que os movimentos feministas travavam verdadeiras batalhas pela conquista dos direitos das mulheres, REIS (2007) reforça, assim como Oliveira (2000), que a nova dinâmica política e social que asseguraram direitos, sobrecarregou essa categoria, sobretudo, devido a sua inserção no

¹² JELLINEK, E., 1960. **The Disease Concept of Alcoholism**. New Haven: Hillouse Press

¹³ SONENREICH, C., 1971. **Contribuição Para o Estudo da Etiologia do Alcoolismo**. Tese de Doutorado em Psiquiatria - Faculdade de Medicina da USP - São Paulo

¹⁴ MASUR, J., 1987. A Etiologia do Alcoolismo. In: Ramos, S. - **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.

¹⁵ BLUME, S., 1986. **Women and Alcohol**. JAMA, v.256, pp. 1467 – 1470.

¹⁶ SANTANA, V.S. & ALMEIDA FILHO, N., 1987. **Alcoolismo e Consumo de Álcool: resumo de achados epidemiológicos**. Rev. ABP APAL, 9:15-22

mercado de trabalho, pois esta passaria então a exercer dupla ou até tripla jornada de trabalho entre os âmbitos privado e público. Entretanto essa sobrecarga não vem acompanhada, de qualidade de vida ou assistência adequada à saúde, por conta disso tem-se o processo saúde-doença complexificado, pois a cultura patriarcal de gênero a qual a mulher esta inserida e submissa, preconiza sua devoção ao cuidado do seu clã em detrimento da atenção a sua saúde.

Entre essas mulheres, a vivência do adoecimento psíquico não as impede de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero; desta forma, desempenham os papéis de mãe e de esposa e se encarregam das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com que estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares. (SANTOS 2009, p.118)

Segundo REIS (2007) esse panorama proporciona o campo favorável para o consumo do álcool por mulheres, que diante dessa condição usam a bebida como forma de enfrentamento das situações. Outro fator de destaque para o consumo de álcool refere-se à exposição prolongada a situações de violências, sobretudo, os abusos sexuais e físicos comumente relatados por mulheres alcoolistas. Essas agressões que majoritariamente ocorrem na esfera doméstica são responsáveis por submeterem essas mulheres ao adoecimento psíquico e ao desenvolvimento de transtornos mentais.

3- SITUANDO O DEBATE CONTEMPORÂNEO SOBRE SAÚDE MENTAL E POLÍTICA DE DROGAS

3.1- Reforma Psiquiátrica: Uma análise sobre a nova perspectiva do cuidar

Historicamente a loucura foi instrumento de exclusão e segregação entre aqueles que eram portadores de transtornos mentais, os ditos “loucos” e a sociedade. Segundo Carvalho e Passos (2010), a sociedade atribuía ao “louco” à classificação de “ser desviante”, cuja conduta opunha-se a “normalidade”, por fugir dos padrões socialmente estabelecidos, o que na contemporaneidade não se diferencia dos estereótipos e estigmas atribuídos às pessoas com transtornos mentais e com transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, muitas foram as formas de enfrentamento utilizadas para “tratamento” desses sujeitos como os asilos e manicômios, que serviam para enclausurar os “portadores da

loucura”, excluindo-os do convívio social, “onde eram submetidos a violências diversas em nome do tratamento”¹⁷.

De acordo com Amarante (1995), o tratamento/atenção dado à saúde mental era voltado para sua “natureza organicista” – o sujeito enquanto parte, estaria colocando em risco o todo – cuja intervenção consistia em extrair o indivíduo/sujeito do seu contexto social e familiar, haja vista que primordialmente a “loucura” não era tida como patologia, mas como uma conduta desviante que ameaçava a ordem social. Essa lógica igualava os sujeitos em sofrimento psíquico a todos os sujeitos segregados pela sociedade tais como, mendigos doentes e criminosos, assistidos nas Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Gerais, cuja condição de “improdutivos” condicionava-os ao pauperismo e apresentava-se como inaceitável na “era do trabalho” o que favorecia também a criminalização da pobreza¹⁸.

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública. (MESQUITA 2008 apud MESQUITA et.al 2010, p.03)

A “loucura” torna-se, a partir do século XIX um objeto de estudo da ciência e a doença mental foco da psiquiatria, cujo tratamento era pautado em terapias, enclausuramento e medicalização. A caracterização do “louco” enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por essa categoria profissional. A partir da apropriação da “loucura” pela medicina, estabelece-se uma relação hegemônica entre médico e paciente caracterizada pela punição e segregação deste último, o que constitui-se enquanto pilar das primeiras práticas manicomiais.

¹⁷ Esses hospitais nos quais os loucos eram submetidos, apresentavam um quadro de violência institucional acrescido à segregação dos internos, onde os tratamentos eram ineficazes, havendo maus tratos: imundície, superlotação, falta de assistência, institucionalização, perda da autonomia e da identidade. (CARVALHO e PASSOS 2010, p.03)

¹⁸ Na década de 20, quando da criação da “Liga Brasileira de Higiene Mental” por Gustavo Riedel, o higienismo atinge seu ápice. Inspirada na Liga de Higiene Mental norte-americana adotou seus princípios teóricos e metodologia (testes psicológicos). Com forte apoio de psiquiatras da elite brasileira, pregava e justificava cientificamente a necessidade de um “aperfeiçoamento da raça”, dando início a um movimento de criminalização, patologização e exclusão da população pobre brasileira, especialmente dos negros, mulatos e mestiços. Fundamentada na eugenia, a concepção higienista afirmava ser impossível construir uma grande nação se esta era composta por uma raça inferior, manchada pela mestiçagem, caso da nação brasileira. (ASCELRAD et alii. 2012, p.50)

Nesse sentido, o precursor do enclausuramento desses sujeitos foi o médico clínico Phillippe Pinel em 1793, responsável por implementar o isolamento como uma das formas de observação de desenvolvimento da doença, além de ser responsável pela transição dos hospitais de benemerência em instituições hospitalares psiquiátricas, nos afirma Amarante (1995). Essas instituições passam a ser controladas pelo Estado a partir de 1889, e em seguida pelo setor privado a partir de meados do século XX, com a criação em 1960 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Desse modo a elite científica brasileira, encontrava-se convencida da sua missão “patriótica” na construção de um tipo de Nação, tendo como objetivo seu “saneamento moral”. As suas propostas baseavam-se no que se conhecia como “degradação das sociedades modernas”, especialmente a “degradação moral” que era associada à pobreza, pois esta, com seus vícios não estava de acordo com o ideal de Nação que se almejava à época. Essa “degradação moral” era vista como uma epidemia de contágio inevitável, uma vez que estava presente nas famílias pobres e colocava sob ameaça toda a sociedade (COIMBRA 200, apud ACSELRAD et.al 2012, p.51).

Por volta de 1886, por intermédio do psiquiatra e deputado Teixeira Brandão, é aprovada a primeira Lei Brasileira do Alienado, tornando a psiquiatria soberana no saber e no cuidar da loucura, nos afirma Devera e Costa-Rosa (2007). A partir de 1901 é introduzida no Brasil à psiquiatria científica que apresenta novas propostas de tratamento para a loucura, e é em 1920 que o psiquiatra Ulisses Pernambuco surge enquanto precursor da psiquiatria social no país, atuando até 1940. Suas propostas e modelos de trabalho visavam à humanização da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais.

Tratava-se, portanto do primeiro germe na direção da reforma do modelo hospitalocêntrico e asilar vigente. Considerando que historicamente o modelo de tratamento prestado aos portadores de transtornos mentais predominante no Brasil era o asilar, constituído em 1808 após a chegada da família real ao país, é o hospício D. Pedro II em 1852 que “passa a internar os doentes mentais’ e tira-los do convívio da sociedade”. (ROCHA 1989, p.15 apud HEIDRICH 2007 p.03).

Data de 1967 em solo brasileiro, especificamente em Porto Alegre, a iniciativa de mobilização com vistas à reestruturação do serviço nacional prestado aos “doentes mentais”, nos afirma Deveras e Costa-Rosa (2007). Em 1968 é realizada no Texas a I Conferência em Saúde Mental das Américas e em 1970 em São Paulo, o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, reafirmando a necessidade da criação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Todas essas mobilizações visam transformar essas práticas incompatíveis com o tipo de assistência

adequada que deveria ser prestada as vítimas do modelo asilar, que enclausura e exclui de forma perversa esses sujeitos.

Nesse sentido, novos modelos assistenciais de tratamento e proteção das pessoas com transtornos mentais começam a ser idealizados a partir de movimentos sociais que lutavam pelo fim do modelo hospitalocêntrico/hospiciocêntrico, impulsionados pelo Movimento de Reforma Sanitária na década de 1970 que estimula o Movimento de Reforma Psiquiátrica.¹⁹

A reforma psiquiátrica é um processo complexo, que vai além de transformações do local de tratamento. É que, desinstitucionalizar não é tirar da instituição, mas [...] é desconstruir o aparto manicomial, que segrega, exclui e estigmatiza o sujeito com sofrimento psíquico.” (HEIDRICH, 2010, p.02)

Segundo Mesquita et.al (2010) , a Reforma Psiquiátrica brasileira se divide em dois momentos: o primeiro de 1978 a 1991, fases de crítica ao modelo hospitalocêntrico e de 1992 aos dias atuais, implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Contando com a insatisfação dessas práticas pelos profissionais de saúde e de diversos outros atores sociais, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como base o modelo italiano de “*desinstitucionalização*” cujo representante é o médico italiano Franco Basaglia.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM protagonizou essa militância tendo como base a reforma italiana que transcendeu o olhar sobre a estrutura e a forma de tratamento da loucura. “A reforma buscava coletivamente construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência a pessoas com transtornos mentais.” (MESQUITA, et.al 2010, p.01)

Visando instituir um novo modelo assistencial que beneficiasse os portadores da loucura é realizada no Brasil em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental concretizando, assim o Movimento da Luta Antimanicomial. Essa empreitada tem enquanto resultados primordiais a criação em São Paulo, do primeiro serviço extra-hospitalar que sistematicamente atende as demandas do movimento, embora não tenha substituído o Hospital psiquiátrico, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS representou as reais possibilidades de mudança.

Em 1987 foi criado o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)”, ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico

¹⁹ No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 87).

e o Ambulatório de Saúde Mental, no final da primeira gestão democrática estadual de São Paulo. O primeiro “CAPS” do Brasil seguiria uma trajetória própria experimentando novas práticas e assimilando conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, principalmente da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana (DEVERAS E COSTA-ROSA 2010, p.69).

É em 1989 que o Deputado Paulo Delgado cria o projeto de lei que visa o direito das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos hospícios, no entanto, essa PL só é aprovada em 2001, 12 anos após sua entrada no Congresso Nacional.

Trata-se da Lei Federal 10.216/2001 que defende um tipo de tratamento que proteja e efetive o direito desses sujeitos, contudo, diferenciado-se do texto original de 1989 não estabelece de forma clara a extinção dos manicômios. A década de 1990 possibilitou a aprovação de leis que substituíam os leitos psiquiátricos por redes de atenção a saúde mental. É também na década de 90 que a Reforma ganha força através da assinatura pelo Brasil da Declaração de Caracas²⁰ e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, regulamentando assim, serviços extra-hospitalares que propiciaram um novo “cuidar” no âmbito da saúde mental.

Esses novos serviços, no entanto, não extingue os leitos de psiquiatria, sobretudo os privados ainda existente no país.

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura. (ibid, 2010, p.06)

²⁰ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, **VERIFICANDO**, 1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; [...] **DECLARAM** 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; [...] Para o que **SOLICITAM** Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região. APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990. (MESQUITA, et..al 2010, p.08)

Dentre as estruturas criadas enquanto modelo assistencial substitutivo dos manicômios e hospitais psiquiátricos, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tem se destacado enquanto estratégia referencial no atendimento as pessoas com transtornos mentais, sobretudo aqueles que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas, visando à reinserção social destes/as,

INSTITUIÇÃO	TERRITORIALIDADE	EQUIPE PROFISSIONAL	FUNCIONAMENTO	PERFIL DOS USUÁRIOS/USUÁRIAS
-------------	------------------	------------------------	---------------	------------------------------------

tendo como um de seus princípios a integração usuário/família/comunidade, possibilitando principalmente o acesso aos direitos sociais e civis. Os CAPS estão organizados em modalidades tais como “CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i”, cuja abrangência, funcionamento, público alvo e funcionalidade são demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Centro de Atenção Psicossociais e sua funcionalidade

CAPS I	Abrange Municípios com 20.000 a 50.000 habitantes	09 profissionais entre nível médio e superior	Cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
CAPS II	Municípios com mais de 50.000 habitantes	12 profissionais, entre profissionais de nível médio	Cinco dias úteis da semana e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III	Municípios com mais de 200.000 habitantes,	16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.	Serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias).	Pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas,
CAPSi	Municípios com mais de 200.000 habitantes	11 profissionais de nível médio e superior	Cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais
CAPS ad	Municípios com mais de 200.000 habitantes	13 profissionais de nível médio e superior	Cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.	Pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas,

Fonte: Ministério da Saúde 2005

É válido ressaltar que a reforma não pretendia acabar com o tratamento clínico prestado a estes sujeitos, mas substituir o tipo de prática que os enclausurava e os excluía, por esse motivo há ainda a existência de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais no país. Os ideais da Reforma contribuíram para resignificar a “loucura” no âmbito social e hospitalar, para tanto é imprescindível à contínua expansão dos serviços extra-hospitalares cujas práticas reconheçam o portador de sofrimento psíquico em sua individualidade e enquanto cidadão portador de direitos. Nesse sentido, o CAPS vem se consolidando enquanto instrumento dessa

ascensão, haja vista o seu papel estratégico de reinserção social e do fortalecimento dos laços familiares e comunitários desses sujeitos.

A Reforma Psiquiátrica no âmbito da saúde mental brasileira foi um marco importantíssimo, sobretudo por inserir novos modelos assistenciais e uma nova forma de “cuidar” das pessoas com transtorno mental em oposição aos modelos segregacionistas anteriores. Seu mérito deve ser reconhecido ainda, pela luta que se intensificou a partir daí, em prol de uma política de atenção aos usuários/usuárias de álcool e outras drogas para que estes também pudessem ser atendidos e tratados dignamente em consonância com suas demandas. Os frutos dessa luta podem ser visualizados nas legislações e políticas públicas que foram implantadas em resposta a essas reivindicações, sendo a Política Nacional Sobre Drogas e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Lei sobre Drogas 11.343/2006, algumas delas, contudo, alguns aspectos dessas propostas ainda precisam ser problematizados, sobretudo no que se refere ao caráter moralizador de tais políticas.

3.2- Políticas de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas: Problematizando a (in)visibilidade do Alcoolismo Feminino.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a visibilidade fornecida à prevenção e tratamento associados ao consumo de álcool e outras drogas caracteriza-se no âmbito da saúde pública brasileira como uma “lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas. Nesse sentido a relativa ausência do Estado possibilitou que seu tratamento fosse realizado de maneira inadequada, associando única e exclusivamente o seu uso/abuso a criminalidade e “práticas anti sociais”.

É Somente em 2002 e em concordância com a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Plano Nacional de Atenção Integrada aos usuários de Álcool e Outras drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL 2005, p.41).

No que se refere ao álcool, “o Brasil e os demais países possuem uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos que acometem os indivíduos em todos os domínios da sua vida.” (ibid, p.41). Para o Ministério da Saúde o enfrentamento dessa questão constitui-se uma demanda mundial e no que concerne ao Brasil, o consumo abusivo de álcool e outras drogas destacam-se como uma problemática de grande relevância.

A relação existente entre o consumo dessas substâncias e os agravos sociais decorrentes do seu uso abusivo coloca a questão enquanto um problema de saúde pública e é dessa forma que deve ser compreendida e trabalhada. Em consonância com a Lei 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, institui-se um novo modelo de “cuidar” referente à assistência prestada as pessoas com sofrimento psíquico.

No intuito de prevenir, tratar e reabilitar pessoas com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas foi implantada no Brasil em 2003, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Segundo Pereira et.al (2012) a política é uma reivindicação dos Movimentos Sociais contrários aos modelos hospitalocêntrico/hospiciocêntrico hegemônicos da época e favoráveis a formas inclusivas de cuidado. As mobilizações que atuaram para transformar as práticas inadequadas relacionadas à saúde mental, fizeram dessa problemática também sua bandeira de luta, haja vista que a amplitude da situação requer uma estratégia por parte dos governantes através de políticas que compreendam essas questões para além do objetivo da abstinência²¹ e sim de maneira preventiva na perspectiva da Redução de Danos²² ofertando uma assistência adequada aos usuários.

A estratégia de redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas vem permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e seu engajamento. (BRASIL, 2005, p.44)

A partir da implantação dessa política, varias outras ações, planos, projetos e programas foram elaborados na tentativa de garantir uma assistência integral que seja

²¹ Lógica essa que associa tratamento à ausência de consumo, sem considerar a necessidade, a dependência e o direito do sujeito-cidadão. (PEREIRA et.al 2012, p.14)

²² O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia, assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. No campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel auto regulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social. (BRASIL, 2005, p.44)

contundente as demandas apresentadas por esse contingente. Em 2005 é implantado o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência, associados ao consumo prejudicial de Álcool sob a coordenação do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD e Frente Nacional dos Prefeitos. (PEREIRA et.al, 2012). Ainda em 2005 é aprovado pela Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de Outubro de 2005 a Política Nacional Sobre Drogas. No ano de 2006 foi sancionada no país a Lei 11.343/2006 denominada de Lei Antidrogas que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas -SISNAD.

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. (BRASIL, 2006)

Em 2009 é criado pelo Ministério da Saúde o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e Outras Drogas - PEAD, além da Campanha Nacional de Alerta e Prevenção em Álcool e outras Drogas. (PEREIRA et.al, 2012). No entanto, é em 2011 que essa política vai adquirir uma visibilidade passível de questionamentos e problematização a partir da tentativa de enfrentamento das drogas ilícitas, através do “chamado Plano de Enfrentamento ao Crack”, cuja proposta deve adequar-se ao que preconiza a Política Nacional sobre Drogas que visa, sobretudo, desconstruir o paradigma de exclusão dos usuários dependentes químicos e de substâncias psicoativas. Nesse sentido, o plano preconiza,

Considerar a rede sociocultural da população e responder as suas necessidades; fundamentar-se em estudos epidemiológicos e achados científicos atualizados; envolver todos os setores da sociedade; tomando como eixos estruturantes os seguintes tópicos; prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e a saúde; redução da oferta; estudos pesquisas e avaliações. (BRASIL 2011 apud BRÁS 2012, p.28)

De acordo com a portaria n° 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o atendimento prestado a esses sujeitos deve ser realizado por centros que consistam na atenção aos usuários de todas as faixas etárias, portadores de transtornos mentais severos e persistentes e com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas,

implantados por modalidade, de acordo com a demanda e considerando o número de habitantes dos municípios ou regiões a qual serão instituídos, oferecendo atendimento diário e algumas modalidades com atendimentos 24 horas.

Nesse âmbito, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS enquanto importantes instrumentos de acolhimento desse público alvo, representando a porta de entrada dos serviços de saúde para atendimento e atenção aos usuários que apresentam transtornos mentais. E no que se refere à especificidade da assistência aos usuários de álcool e outras drogas o serviço referencia compete ao CAPS AD, conforme nos afirma o Ministério da Saúde:

O CAPS ad [é um] dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde. (BRASIL 2003, p.25)

O CAPS ad²³, portanto, torna-se a principal referência para o atendimento desses usuários, desenvolvendo ações de promoção e prevenção à saúde, além de ofertar um serviço comunitário e integral articulado a uma rede de atenção (ambulatorios, hospitais-gerais, USFs, etc;) que possibilite tanto a inclusão social quanto a emancipação e autonomia desses sujeitos. Segundo Flach (2010 apud BRÁS 2012, p.33) “O CAPS ad²⁴ é um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, ou seja: é uma máquina que faz com que os princípios da Reforma saiam do silêncio dos documentos oficiais, ganhando vida”.

Nesse sentido expressa-se ainda mais a sua importância, haja vista a relevância do debate contemporâneo que se estabeleceu na sociedade referente às consequências do uso abusivo e da dependência psicoativa, sobretudo no que concernem as drogas ilícitas.

É válido ressaltar nesse cenário, que ao nos referirmos ao uso e dependência de substâncias psicoativas a ênfase é dada, sobretudo, ao consumo de drogas ilícitas como o crack. Entretanto uma ressalva deve ser feita no que diz respeito ao consumo abusivo do

²³ Estes dispositivos, os já mencionados CAPS ad, devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. (Ibid p.26)

²⁴ Os maiores desafios propostos entre as ações do CAPS ad é trabalhar junto a usuários e familiares os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas; a busca por minimizar a influência dos fatores de risco para do consumo e o trabalho da diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. (SANTOS et al. apud BRÁS 2012, p.36)

álcool, droga lícita que na contemporaneidade tem ganhado visibilidade ainda de maneira muito tímida considerando à constatação da sua prejudicialidade, necessitando ser tratada como questão de saúde pública diante das consequências causadas pela sua dependência.

Dados de pesquisas importantes no último levantamento do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) de 2005, o crack aparece como tendo sido usado apenas por o 3% da população, o álcool surge como sendo consumido por 74% da população brasileira [...] Apesar dessas diferenças tão discrepantes entre a incidência do uso de álcool e do crack, pouco se fala sobre a questão do álcool como grave problema de saúde pública e não vemos nenhum movimento urgente para reduzir seu uso. (GOMES e CAPPONI 2011 apud BRÁS 2012)

Pensar numa sociedade sem a existência de drogas (lícitas ou ilícitas) é um tanto utópico, haja vista que o consumo dessas substâncias está presente historicamente em varias culturas e civilizações desde os primórdios da humanidade, o seu uso estava relacionado a festividades, rituais religiosos, alívio de dores, etc. Segundo Brás (2012) substâncias alcoólicas como o vinho existe há 2000 anos A.C e o cânhamo usado pelos chineses a aproximadamente 4000 anos. Ao longo da historia, o uso/consumo de drogas passou a ser reprimido e criminalizado, passando a haver separação entre o lícito e o ilícito, sobretudo no que se refere aos interesses econômicos que perpassam a questão.

Os agravantes decorrentes do uso abusivo dessas substâncias, assim como a descriminalização dos seus usuários e a retirada da questão outrora centralizada exclusivamente no âmbito judiciário para o âmbito da saúde é algo contemporâneo que ainda requer muitos avanços no tratamento dessas preposições.

A Política Nacional sobre Drogas atua paralelamente com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, o seu foco principal debruça-se sobre o uso das drogas ilícitas, travando uma verdadeira “guerra as drogas” como nos evidencia o Plano de enfrentamento ao crack. No que concerne ao álcool²⁵, essa atenção parece encontrar barreiras para sua problematização, mesmo constatando-se que o seu consumo e uso abusivo provoca danos superiores aos das drogas ilícitas. O consumo do álcool está relacionado a vários fatores cujos aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, políticos e religiosos terão implicações diferenciadas para os sujeitos que a consomem, seja no âmbito individual ou coletivo.

²⁵ O indivíduo que se intoxica com drogas legais é regulado pelo Estado Terapêutico; o que se intoxica com drogas ilícitas torna-se alvo do aparato médico-estatal que trata” compulsoriamente (RODRIGUES, 2004, p. 315) e/ou da repressão, afinal o uso dessas drogas passou a ser crime. A diferença entre os termos - lícito e ilícito - bania a relação com o prazer. A partir de então a política de governo sobre as drogas se restringirá basicamente às que foram tornadas ilícitas. Os danos decorrentes do uso indevido de bebidas alcoólicas – violência no espaço doméstico e público, acidentes de trânsito, entre outros -, tornam-se quase invisíveis, contam com uma tolerância permissiva.(ACSELRAD et.al 2012, p39)

Sendo o álcool a droga mais consumida no país, com incidência de danos superior à verificada em relação às drogas ilícitas e, ao mesmo tempo, aceita culturalmente [...] O uso do álcool faz parte da história do mundo, tendo efeitos positivos de relaxamento, de socialização e até mesmo terapêuticos quando é moderado, mas pode ter efeitos negativos na saúde (cirrose, doenças cardiovasculares) e sociais (perda de emprego, sexo sem proteção e quedas por exemplo). Assim esses programas se propuseram a reduzir os danos, mas não o próprio consumo, a não fazer julgamentos sobre o usuário. Aos usuários que não querem, não conseguem parar de beber, a possibilidade de reduzir o consumo é uma estratégia possível. (ACSELRAD et. al 2012, p.55)

Tratando-se de Brasil, o álcool teve momentaneamente uma transição do consumo liberal para o processo de proibição ainda no período colonial, no entanto, sendo os interesses econômicos²⁶ dos senhores de engenho e produtores da bebida (cachaça) ameaçados essa repressão não durou muito tempo. Desde então, o álcool tem no âmbito da sociedade livre circulação, sendo uma das drogas mais consumidas de todos os tempos e a mais prejudicial, embora essa segunda afirmação não impeça a sua comercialização.

Referindo-se ainda a sua prejudicialidade, no período colonial, os portugueses desfrutavam do vinho vindo de Portugal e o subproduto da cana de açúcar, a água ardente, também denominada de “cachaça, pinga, caninha” era consumida por índios e africanos escravizados. Segundo CASCUDO (1983 apud ACSELRAD et.al 2012, p.34), a bebida nesse período servia também como instrumento de dominação desses povos e um paliativo para “aliviar” as árduas condições de trabalho e de vida a que eram submetidos.

A cachaça é citada como tendo sido essencialmente um “mata-fome”. Sob seu efeito a população pobre esquecia o estômago vazio e continuava trabalhando, a bebida se tornou por vezes um instrumento para desarticular a oposição dos negros à escravidão: os mercadores de escravos excitavam os chefes negros com aguardente [...] Recomendava-se o uso da cachaça entre escravos e índios para facilitar a dominação (Ibid, 2012 p. .34-35).

Desta forma, percebe-se, portanto, que os efeitos nocivos do álcool são históricos e permanentes, no entanto, o seu consumo não é inibido mercadologicamente devido aos interesses econômicos que ocultam as implicações causadas pelo seu uso abusivo e dependência. Entre os muitos danos causados por essa substância, o maior deles apresenta-se

²⁶ O comércio da droga exigia regulamentações adequadas aos interesses dos produtores. A *Revolta da Cachaça*, evento histórico ocorrido entre 1660 e 1661, é registrado como tendo sido liderada por senhores de engenho do Rio de Janeiro, contra a cobrança de impostos excessivos ao comércio da aguardente. De início, reprimida, terminou com a vitória dos produtores em 1695, quando foi revogada a proibição, resultando num forte aumento da produção. (CAETANO, 2008). A história registra que Jerônimo Barbalho teria lutado contra o monopólio da produção e comercialização da cachaça, ele própria produtor da droga em seu engenho. O negro liberto João Angola também foi ativo durante a Revolta, mas teve seu papel obscurecido pela História. Ambos foram decapitados, em abril de 1661 (CALLADO, 1983, CAETANO, 2008, NAKAGOME & SOUSA, 2011). Em que pesem os conflitos, progressivamente, a cachaça se tornou um produto barato, com distribuição e venda, muitas vezes, à margem da lei, beneficiando o comércio marginal ao sistema (Ibid 2012, p. 34).

no âmbito social tendo em vista que o preconceito e a estigmatização a que são submetidos os usuários/usuárias os/as colocam a “margem social”, o que por vezes dificulta a sua exposição enquanto dependente e o acesso aos serviços e tratamentos ofertados, algo que ocorre de forma diferenciada com homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, classe social e econômica ou mesmo idade. No que se refere às mulheres concordamos com Barbosa (2008), quando esta afirma que:

Além da relação possível entre as atuais condições de vida da maioria das mulheres e as formas de adoecer, há que se levar em conta as dificuldades concretas encontradas no cotidiano das mulheres na busca pelo tratamento. Estas dificuldades enfrentadas pelas mulheres que dependem dos serviços públicos de saúde podem, muitas vezes, impedir que ela ‘apareça’ nestes serviços, erguendo verdadeiras barreiras estruturais ao tratamento (BARBOSA 2008, p.40).

O alcoolismo feminino é algo existente, materializado em nossa sociedade e presente em nosso cotidiano, sua visibilidade, entretanto é insatisfatória perante a problemática e as políticas públicas destinadas ao enfrentamento da questão deixam a desejar, haja vista que as condicionalidades que provocam o uso abusivo e/ou dependência do álcool, perpassam pelas relações de gênero que historicamente as colocam numa posição de subalternidade e inferiorização, diferenciando-as assim das motivações e particularidades do consumo alcoólico pelo público masculino. Nesse sentido, essa é uma questão que deve ser tratada como tal.

Estudos sobre a história do consumo do álcool na Antiguidade Clássica relatam que gregos e romanos bebiam vinho à noite, depois das refeições como forma de estímulo à sociabilidade. [...] As mulheres eram excluídas do banquete dos homens, não tomavam parte na embriaguez deles, mas, de vez em quando podiam beber, em espaços próprios. Voltadas para o trabalho doméstico, estavam próximas do celeiro onde se guardava o vinho o que facilitava o consumo de forma discreta. Segundo o dito popular, seria *melhor uma mulher beber demais que ser adúltera ou criminosa*. Entretanto, em Roma o consumo do vinho era proibido às mulheres *pele medo à sexualidade desabrida* (ACSELRAD et.al. 2012, p.33).

As diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas (2005) reconhece a necessidade de adaptação dos serviços e tratamentos ofertados no que concerne ao álcool e outras drogas as especificidades dos diversos grupos sociais, entretanto, sua efetivação ainda necessita ser trabalhada nessas instituições.

Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-

morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2005).

Delgado (2005 apud Barbosa 2008) argumenta que as abordagens referentes ao alcoolismo são limitadas por restringirem-se a diagnósticos médicos ou psiquiátricos, ratificando a necessidade de análise dessa questão enquanto uma construção social relacionada a fatores sociais e culturais que são determinantes para compreensão do alcoolismo. Cesar (2005) aponta ainda a importância de se considerar o alcoolismo como uma construção histórica ressaltando que a patologização do alcoolismo é oriunda desse processo, haja vista que a construção do alcoolismo enquanto doença data do século XIX e até os dias atuais essa concepção vem se modificando.

Segundo a autora, a dificuldade de se classificar o alcoolismo enquanto patologia pela Classificação Internacional de Doenças- CID comprova essa teoria. É a partir da revisão do CID em 1993 que a ênfase é dada ao alcoolismo enquanto doença, embora essa vertente não seja descartada é substituída pelas consequências e comportamentos relativos ao uso abusivo do álcool de forma a categorizá-los²⁷. A CID -10 traz a classificação F-10- Transtornos mentais e de Comportamento decorrentes do uso do Álcool com as seguintes subdivisões:

F.10.0- Intoxicação aguda; F.10.1- Uso nocivo; F.10.2- Síndrome de dependência; F.10.3- Estado de abstinência; F.10.4- Estado de abstinência com delírios; F.10.5- Transtorno psicótico; F.10.6- Síndromes amnésicas; F.10.7- Transtorno psicótico residual e de início tardio; F.10.8- Outros transtornos mentais e de comportamento; F.10.9- Transtorno mental e de comportamento não especificado. (CID-10, 1993, p. 69 apud FACCIO 2008, p.16)

Barbosa (2008) nos afirma ainda que essa dificuldade de diagnosticar o alcoolismo tem uma implicância maior no que concerne ao alcoolismo feminino, sejam suas causas, consequências ou dificuldade para acesso aos serviços, apresentando-se ainda como uma grande lacuna no âmbito da saúde, constatando assim a invisibilidade do alcoolismo feminino, apontando, sobretudo para os “atravessamentos da construção de gênero sobre a saúde e a assistência à mulher”. (p.35). A vulnerabilidade de gênero em que se encontram o contingente feminino é evidenciada principalmente na dificuldade do acesso a saúde que transparece não apenas no que se refere ao processo saúde-doença, mas as condições sociais que as colocam em situação de violência de gênero que também devem ser consideradas e trabalhadas, no

²⁷ Os critérios diagnósticos atuais são baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da OMS (1993) e no Manual de diagnóstico dos Distúrbios Mentais da associação Norte-Americana de Psiquiatria IV- American Psychiatric Association (1994). Sendo um transtorno com múltiplas repercussões na saúde do indivíduo a Síndrome da Dependência do Álcool- SDA, se apresenta em diversos graus e formas. (FACCIO 2008, p.16)

intuito de ofertar um acolhimento adequado a sua saúde a partir da perspectiva da relação de gênero.

Cesar (2005 apud BARBOSA, 2008) argumenta que a relação álcool - violência esta diretamente relacionada às relações de gênero, sendo esta violência, responsável, tanto pelo sofrimento provocado a vítima quanto pela evolução do alcoolismo dessas mulheres. Nóbrega e Oliveira (2005 apud BARBOSA 2008) nos afirmam que, o julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo muito árduo, havendo uma cobrança maior com relação a esse contingente do que aos homens.

Nesse sentido, tomando como base os estudos de Alzuguir (2010) sobre mulheres alcoolistas, a autora reforça a necessidade da análise do alcoolismo por outra vertente que não seja relacionada ao âmbito biofísico haja vista que de acordo com sua análise a perspectiva do uso/abuso de álcool enquanto doença por parte das usuárias serve, enquanto uma tentativa de “neutralizar as críticas morais sobre o uso que fazem da bebida” (BARBOSA 2008, p.38)

A visão da sociedade frente ao alcoolismo feminino é bastante agressiva, a mulher é considerada mais imoral, com comportamento inadequado, sofre com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menos frequência do que os homens, o que lhes acarreta mais comprometimento ao longo do uso (NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005 apud BARBOSA 2008, p.40).

Compreendemos desta forma a complexidade que o alcoolismo tem apresentado para contemporaneidade embora o seu consumo seja milenar. As atuais consequências do seu uso abusivo e dependência, categorizado enquanto doença não deve em circunstância alguma isentar a sua relação direta com os fatores sociais, culturais e históricos que ampliam o seu conceito unilateral de patologização para o entendimento de uma “síndrome” multifacetada, permitindo a sua apreensão enquanto substância de uso prejudicial à medida que causa dependência e o seu consumo é responsável por danos físicos, psicológicos, morais e sociais, sendo o/a usuário/usuária o grande penalizado nesse âmbito.

No que refere-se à mulher, as condições sociais tais como as subjetivas devem ser consideradas no enfrentamento do alcoolismo, haja vista que tratando-se do “beber feminino” essa problemática mantêm-se ainda invisibilizada para grande parcela da sociedade e para as próprias políticas públicas que não priorizam as suas particularidades. Segundo Cesar (2005), a inadequação da mulher aos novos “papeis sociais” que geram sentimentos de insatisfação e frustração, favorecem a ideia de não pertencimento e cumprimento dos “papeis femininos” socialmente outorgados e isso seria uma condicionalidade para o consumo do álcool, sem

desconsiderar ainda, as relações de gênero que perpassam toda essa construção sócio histórica.

Assim, ainda nesta perspectiva, ousamos indagar se a vivência do alcoolismo feminino pode ser pensada como uma expressão e elaboração desta realidade, ‘denunciando’ estes conflitos vividos por estas mulheres e que estão, na maioria das vezes ocultos ou invisíveis. Considerar o alcoolismo como uma forma de ‘protesto’ ou ‘fuga’ diante destes conflitos não significa dizer que o alcoolismo é simplesmente um efeito das contradições de gênero, mas sim que estas não podem ser negligenciados na compreensão do processo de adoecimento das mulheres alcoolistas reconhecendo que esta forma de ‘protesto’ ou de ‘fuga’ de um sofrimento pode gerar ainda mais sofrimento, dor e preconceito, despotencializando a vida (BARBOSA 2008, p.44)

Evidencia-se, portanto que tais condições sociais e objetivas assim como as condições subjetivas relacionadas ao alcoolismo feminino apontam para um julgamento moral que leva a discriminação e estigmatização da dependência do álcool, revelando-se como um grande inibidor da afirmação de dependência e busca pelo tratamento, sobretudo para as mulheres cujo “beber” é visto de maneira diferenciada com relação ao homem, contribuindo assim para a permanência do alcoolismo feminino de forma invisibilizada e pouco problematizada, cooperando para o adoecimento e nos casos mais graves morte física e social deste contingente.

3.3-Serviço Social, Saúde Mental e Drogas: Desafios e Possibilidades Para Atuação Profissional

De acordo com Bravo e Matos (2004), o Serviço Social, está inserido em muitos âmbitos e uma deles é a saúde, ao qual foi incorporado a partir de 1948, devido a um “novo conceito de saúde”²⁸ que surgia e necessitava da adesão de novos profissionais de áreas distintas haja vista a necessidade de uma análise crítica da realidade para além dos aspectos biológicos, mas, considerando sobretudo os aspectos psicológicos e sociais enquanto áreas interventivas, pois a saúde passa a ser conceituada de maneira mais ampla. As condições de saúde entendidas aqui em seu sentido amplo, não corresponde somente à ausência de doenças, mas, em concordância com o que preconiza a Lei 8080/90 de regulamentação do SUS,

²⁸ A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.” (CFESS/CRESS, 2010 p.23)

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Ainda na referida lei, no **Parágrafo único**. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Ressaltando que muitas patologias são oriundas não só de condições biológicas, mas, sobretudo de condições sociais, ou a falta delas, sua manifestação está diretamente associada a insalubres condições de vida, refletidas na habitação, alimentação, trabalho, etc., impostas pelo modo de produção capitalista – ou seja, expressões da questão social²⁹, constituindo-se campo adequado para a atuação e intervenção do assistente social, respaldado, sobretudo pelo Código de Ética da profissão pois,

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões [...] Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais [...] realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. [...] (CFESS/CRESS 2010, p. 30-31).

Sua atuação na saúde esta diretamente relacionada às múltiplas expressões da questão social que se manifestam nesse âmbito de diversas maneiras, desde a dificuldade do acesso aos serviços, à prestação de atendimentos inadequados, a falta de serviços de proteção, prevenção e promoção da saúde e qualquer tipo de preconceito ou discriminação que os usuários possam sofrer. A atuação profissional deve pautar-se pela garantia intransigente dos direitos a fim de garantir de forma integral o atendimento das demandas dos usuários e usuárias.

[...] ações sistemáticas continuadas, articuladas com as comunidades, escolas, empresas, clubes, associações, sindicatos, destinadas ao enfrentamento direto dos determinantes do processo saúde-doença. O projeto do SUS exige, no mínimo, ações e mecanismos direcionados à veiculação e democratização de conhecimentos e informações necessários para a percepção e crítica das questões relativas ao processo

²⁹ Em países como o Brasil, por exemplo, de raízes coloniais e de capitalismo tardio, houve um aumento das desigualdades e da pobreza – o que Netto (2001) caracteriza como pauperismo, que remete a “questão social” - a partir do processo de industrialização que se iniciou em 1930 cujo governo da época se baseava na política desenvolvimentista – ou seja, o desenvolvimento econômico do país era a principal meta – dessa forma, o capitalismo mais uma vez tinha seus interesses preservados.

saúde-doença, dentre as quais destacamos: acidentes de trabalho, doenças profissionais, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, [...], violência, ou seja, discussão e crítica das condições de vida, trabalho e estilo de vida (VASCONCELOS 2002 apud SILVA 2010, p.07).

Partindo dessa perspectiva de que o Serviço Social é uma profissão interventiva que tem como objeto a “questão social” e suas múltiplas expressões, o âmbito da saúde mental é também o espaço onde essas questões se manifestam, seja através do rompimento de vínculos entre usuários e familiares, seja relacionado a qualquer tipo de violência e/ou violação dos direitos desse usuário e de seus familiares. Para tanto, o Código de Ética Profissional dispõe de subsídios para a atuação do assistente social no sistema de saúde, assim como a Lei de Regulamentação da Profissão que em seu Art. 4º, determina como competência desse profissional,

Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (CFESS/CRESS 2010, p.36)

A violação de direitos perpetrada contra as pessoas com transtornos mentais é histórica, manifestada através da exclusão, estigmatização e asilamento desses sujeitos, cuja representação baseava-se na ideia de periculosidade que ameaçava a ordem social estabelecida. E mesmo com o passar dos séculos a marca social depreciativa atribuída a esses indivíduos faz-se presente na contemporaneidade e embora as práticas na assistência tenham mudado, a “demonização da loucura” precisa ser desmistificada.

Desconstruir o estigma em torno do transtorno mental, assim como dos usuários de álcool e outras drogas é algo que também precisa ser efetivado, não isentando os profissionais de saúde que podem manifestar esse tipo de postura na prestação de atendimentos a esse contingente. Essa tem sido ao longo dos anos, uma luta constante do Serviço Social, a defesa intransigente dos direitos e nesse âmbito, dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.

Segundo Rosa (2008) a inserção do Serviço Social no âmbito da saúde mental ocorreu em 1905 nos Estados Unidos e se consolidou a partir de 1918, tendo como parâmetro para sua atuação a obra “Diagnostico Social” da Assistente Social norte americana, Mary Richmond, pioneira no trabalho do serviço social de caso, grupo e comunidade. O serviço social passou a ser identificado nesse espaço como “Serviço Social Psiquiátrico” e influenciou o Movimento Higienista na França no século XX. No Brasil, a atuação do serviço social no campo da saúde

mental, data de 1940 sobre a influência das doutrinas da Igreja católica do Movimento Higienista.

A atuação a priori era subordinada aos saberes médico e psiquiátricos e a prática profissional restringia-se a confecção de atestados sociais e levantamento de dados socioeconômicos de usuários e familiares, nos afirma Vasconcelos (2010). É válido ressaltar que o contexto socio-histórico do país exigia uma atuação voltada para os interesses da classe dominante e a manutenção da ordem social, nesse sentido não havia no momento uma perspectiva de transformação da realidade desses sujeitos no âmbito dos hospitais psiquiátricos. A prática profissional direcionava-se para a “adaptação e normatização” dos sujeitos e essa será a influência para a formação do “Serviço Social Clínico³⁰” o qual pautava-se por esse viés.

A partir do processo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica que ocorre no país na década de 1970, cujas reivindicações ampliam o conceito de saúde inserindo os aspectos psico e social no âmbito da atenção necessária aos sujeitos, tem-se a necessidade de uma atuação mais crítica que vislumbre a pessoa com transtorno mental a partir da perspectiva do direito, da autonomia e da emancipação enquanto sujeitos de direitos. Segundo Bisneto (2009), a Reforma Psiquiátrica contribuiu para uma atuação mais política, crítica e social dos profissionais de serviço social, que passaram efetivamente a intervir nas expressões multifacetadas da questão social existente no âmbito da saúde mental, visando à atenção aos usuários do serviço de forma integral.

A atuação do Serviço Social na saúde mental é respaldada pelos instrumentos que legitimam e regulamentam a profissão, são eles o Código de Ética, a Lei de Regulamentação, o Projeto ético político profissional e pelos Parâmetros da atuação do Assistente Social na Saúde. No que se refere a pessoas com transtornos mentais, a luta da categoria é para a efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica que vão além da desinstitucionalização, a fim de evitar retrocessos nessa conquista, visando a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço, além da luta pelo fim do estigma que insiste em se perpetua na sociedade e transformar a identidade desses sujeitos no que (BOURDIEU apud NOGUEIRA 2010) denomina de “identidade dominada”, onde um discurso científico disseminado é apropriado

³⁰ Em consonância com este movimento conjuntural, surgem no bojo profissional atores da categoria que enveredam no campo de sua intervenção pelas “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico”, que se utilizam de concepções teórico-metodológicas voltadas aos segmentos da psicanálise junto ao indivíduo, reportando-se à sua subjetividade no trato das necessidades sociais destes. No entanto a tentativa do exercício de tais práticas na contemporaneidade é vedada pelo CFESS por entender que a formação profissional na atualidade não está embasada nos preceitos teóricos da psicologia, além de descon siderar a perspectiva da totalidade, remetendo apenas a uma análise individual baseada no fenômeno aparente, fortalecendo ainda mais a lógica do capital, sob forte influência das ideias “pós-modernas”. (OLIVEIRA et. al. 2012 p. 27)

pelos demais sujeitos da sociedade, como verdade absoluta e dessa forma passa a ter poder classificatório com relação ao sujeito ou grupo subjulgado.

Os atributos negativos com que são marcadas as pessoas com transtornos mentais não se diferenciam da classificação atribuída aos usuários de álcool e outras drogas. O consumo de drogas ainda é tratado como questão de segurança pública, sobretudo as drogas ilícitas, mesmo com os avanços decorrentes da Reforma Psiquiátrica que assim como a saúde mental, trouxe para o debate nacional, questões referentes ao uso, abuso e dependência enquanto uma problematização necessária ao âmbito da saúde pública.

Os estigmas atribuídos a esse contingente perpassam tanto pelos usuários/usuárias das drogas lícitas (usuários de álcool) quanto pelos usuários/usuárias de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína, etc;) sendo que aos primeiros são atribuídas classificações relacionadas a moralidade, como “fraqueza de caráter”. Já o segundo grupo, passa pela categorização de criminalização, marginalização e periculosidade.

No que concerne ao alcoolismo, sua representação na sociedade é ambivalente, nos afirma Brida (2009), pois ao mesmo tempo em que estigmatiza-se o usuário/usuária pelo consumo, o uso de bebida alcoólica é estimulado pela mídia através de campanhas publicitárias, cuja redução do marketing em torno do álcool tem sido foco da Política de Atenção aos usuários de Álcool e Outras Drogas, a fim de diminuir com essa estratégia também o seu consumo. Quanto às drogas ilícitas, não há ambivalência, a representação das substâncias “ilegais” perante a sociedade é de negatividade, e no que diz respeito aos usuários e usuárias estes/estas são tratados enquanto criminosos. A Lei 11.343/2006, denominada de Lei Anti Drogas, define como crime:

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 2006)

Para Brites (2011) o consumo de drogas e suas implicações é algo que na contemporaneidade, vem preocupando a sociedade, as autoridades, os profissionais de saúde e os especialistas em danos referente ao consumo de drogas que tem buscado cientificamente respostas para tal questão. Referente ao tratamento ofertado pelas instâncias governamentais a referida autora tece uma crítica ao controle que o Estado faz as drogas ilícitas através das Políticas Anti Drogas e de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, pelo que denomina de caráter moralizador existente nessas políticas, cuja finalidade é o controle de

comportamentos de alguns segmentos sociais muito mais do que a pretensão da redução de danos sociais e a saúde, nos afirma a autora.

A ilegalidade de algumas drogas em nosso meio tem servido ao controle de práticas e comportamentos de segmentos sociais historicamente discriminados e que são cotidianamente impelidos à marginalidade pela fragilidade de nossa democracia, pela reprodução ampliada da desigualdade, pelo caráter conservador das respostas operadas no âmbito do Estado, em face do consumo de drogas e de outras práticas que confrontam a moralidade dominante. (BRITES, 2011)

Segundo Brites (2012) os avanços das referidas Políticas de Drogas são insuficientes perante o caráter conservador e autoritário com que vem sendo respondidas as questões referentes às drogas ilícitas no país.

A própria dicotomia entre drogas lícitas e ilícitas revela o conteúdo falacioso e moralizante de uma dada perspectiva ideológica que serve muito mais para controlar o comportamento de determinados segmentos sociais do que, como pretende o discurso dominante, reduzir danos sociais e de saúde associados ao consumo das drogas consideradas ilegais (BRITES 2011)

A complexidade da questão requer o investimento em políticas de prevenção que abranjam as drogas em sua totalidade, principalmente as lícitas como o álcool e os fármacos. Partindo dessa reflexão contemporânea sobre as drogas, no que tange a estigmatização, exclusão e criminalização dos usuários e usuárias, decidimos problematizar aqui o alcoolismo, por compreendê-lo enquanto substância tão prejudicial quanto as demais drogas cujas consequências do seu uso tem sido superior as provocadas pelas drogas ilícitas, contudo, o livre comércio e o seu uso indiscriminado permanecem.

Nossa perspectiva problematiza-o a partir das relações de gênero tendo como foco o alcoolismo feminino, por compreender que há uma complexidade ainda maior no que se refere à questão quando o uso abusivo ou dependência é associado à mulher. Considerando que o tratamento ofertado aos usuários e usuárias é decorrente das consequências provocadas pelo uso abusivo e/ou dependência da substância, parece-nos um tanto contraditório que se priorize o tratamento das consequências ao invés de se prevenir tal situação.

O debate contemporâneo sobre o uso de drogas tem uma íntima relação com o debate do Serviço Social ao evidenciar as múltiplas dimensões da questão social que perpassam esse debate e nesse sentido, quais tem sido as respostas da profissão?

Segundo Brites (2012) há uma exigência da categoria em consonância com o Projeto Ético Político Profissional em prol da democracia e da defesa intransigente dos direitos

humanos sobre o perfil democrático do trabalho profissional na atuação junto aos usuários e usuárias de drogas, seus familiares, pessoas em situação de rua e moradores de comunidades que convivem com o tráfico, a fim de que se efetivem os direitos desses sujeitos, e que eles sejam assistidos em sua totalidade. “A ilegalidade de algumas drogas podem ser enfrentados de forma justa e democrática com a universalização do acesso e com a melhoria da qualidade das políticas sociais.” (ibid, 2012). A repressão às drogas de forma arbitrária e conservadora pelo Estado é contestada e caracterizada pela categoria profissional enquanto violação dos direitos humanos.

4 - O LÓCUS DA PESQUISA E A ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1-Teoria das Representações Sociais: notas introdutórias.

A Teoria das Representações Sociais é originária da Sociologia e se fazia presente nas reflexões de pensadores clássicos como Durkheim, Weber e Marx, estudiosos que teorizam sobre o mundo das ideias, o mundo real e o seu significado nas relações sociais, nos afirma Nogueira (2010). Considerando as construções simbólicas, no entanto, seu conceito ganhará uma nova abordagem ao passar para o âmbito da Psicologia Social tendo como representante maior o psicólogo francês Serge Moscovici³¹ e sua obra “Psicanálise: Sua imagem e seu Público” de 1961, cuja referida teoria é utilizada por diferentes áreas das Ciências Sociais e Humanas.

Moscovici³² (1978 apud SILVA 2007 p.56) a define como “verdadeira teoria do senso comum, ‘ciência coletiva’, pela qual se procede à interpretação e mesmo à construção da realidade social”. Dessa forma, os sujeitos individuais e coletivos agem, constroem e se

³¹ Serge Moscovici, professor emérito da *École des Hautes Etudes en Sciences Sociales*, é detentor de uma carreira ímpar no âmbito das ciências sociais, tendo contribuído para o desenvolvimento da disciplina Psicologia Social, com a introdução de novos modelos e paradigmas, como a teoria das representações sociais, a teoria das minorias ativas e do seu papel nos processos de influência e mudança social ou ainda a teorização relativa nos processos de polarização de grupo. Foi um dos fundadores da *European Association of Experimental Social Psychology*, desempenhando um papel central no desenvolvimento da disciplina na Europa, e foi pioneiro no domínio dos movimentos ecológicos, alertando para os problemas da preservação da natureza. Disponível em: << http://www.uevora.pt/univercidade/honoris_causa/serge_moscovici>> . Acesso em: 20 Out. 2014

³² MOSCOVICI, S. (1978). **Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: ZAHAR.

reconstruem de acordo com a sua “visão de mundo” em consonância ou não com os significados já existentes nessa realidade, entretanto, o contexto socio-histórico e cultural ao qual estão inseridos influenciará no seu sistema de significação.

Em relação aos processos de constituição das Representações Sociais [...] As representações emergem como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade. (JOVCHELOVITCH³³ 2003 apud SILVA, 2007, p. 64).

Nesse sentido, as crenças, valores, atitudes e a linguagem, englobam uma totalidade de significados responsáveis pela conduta e comunicação social dos sujeitos, interferindo, sobretudo nos processos identitários, sociais e nas transformações sociais. Segundo Minayo³⁴ (2004 apud NOGUEIRA 2010) as representações sociais são diferentes para cada sujeito, embora o caráter da Teoria das Representações não conceba a separação entre indivíduo e coletividade, sujeito e objeto. De acordo com a autora, ao representar um objeto e compartilhar pensamentos e explicações, expressando sobre ele opinião, o indivíduo ou grupo “o recria e o reconstrói, tornando-o consciente com a sua opinião” (p.89).

Nesse sentido as representações sociais se formam quando pessoas se encontram para falar, argumentar ou discutir o cotidiano exposto as instituições, aos meios de comunicação, aos mitos e a herança histórico-cultural das sociedades (SANTOS³⁵ 2000 apud NOGUEIRA 2010, p. 89).

As Representações Sociais apresentam, portanto, novas possibilidades no tratar da interação entre indivíduo e sociedade, entendendo que os sujeitos são dotados de objetividade e subjetividade produzidas pelas relações sociais que estabelece com os outros. As representações são imagens formadas sobre o real por coletividades, são ideias coletivas que se individualizam nos sujeitos heterogêneos, portadores de cultura e valores socialmente construídos.

Para Minayo³⁶ (2007 apud NOGUEIRA 2010) as Representações Sociais são estruturas significativas da vida cotidiana, explicitadas através das experiências de vida dos

³³ JOVCHELOVITCH, S. (2003). Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e Representações. In: P. GUARESCHI & S. JOVCHELOVITCH (Orgs.). **Textos em Representações Sociais** (pp. 63-85). Petrópolis, RJ: Vozes

³⁴ MINAYO, M.C.O. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

³⁵ SANTOS, M.F.S. Representação Social e Identidade. In: OLIVEIRA, D.C de e MOREIRA, A. S. P. (orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. Cap. 3. P.151-159

³⁶ MINAYO, M.C.O. O Conceito das Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007

sujeitos e dão as bases para a compreensão do mundo. Compreendendo a teoria de Moscovici enquanto uma ciência que valida às interpretações, construções e reconstruções do mundo através dos símbolos e significados do senso comum, valorizando os saberes e experiências que possibilitam uma (re)leitura da realidade é, inevitável que haja indagações a respeito do senso comum enquanto fonte de conhecimento perante o saber científico.

Partindo desse princípio, o autor nos apresenta uma distinção entre dois universos de pensamento presentes na contemporaneidade, que são: os universos reificados e os universos consensuais. Aos universos reificados pertence o conhecimento objetivo, rigor lógico e metodológico, além de um pensamento erudito. Quanto aos universos consensuais no qual são produzidos as Representações Sociais, predominam as atividades intelectuais da interação cotidiana, o senso comum.

Segundo (SÁ³⁷ 1993 apud SILVA 2010, p. 64) “é relevante salientar que a matéria-prima para a construção dessas realidades consensuais, provém dos universos reificados”. Diferenciando-se, portanto da ideia de ruptura entre os dois tipos de conhecimento, Moscovici (1978 apud SILVA 2010), argumenta que esses universos interagem, à medida que as “Representações Sociais, traduzem o pensamento do senso comum uma vez que descrevem as transformações que os diversos grupos sociais fazem das teorias filosóficas e científicas dominantes nas sociedades contemporâneas” (p.65).

Dessa forma compreendemos que ambos os conhecimentos são importantes, embora preservem suas maneiras distintas de compreender e relacionar o mundo não há uma hierarquização entre esses saberes, nem a redução de um ao outro, embora,

[...] o senso comum mude seu conteúdo e a maneira de raciocinar, ele não é substituído pelas teorias científicas e pela lógica. Sua função de descrever e explicar as relações comuns entre os indivíduos, suas atividades e comportamentos do dia-a-dia permanecem. (SILVA 2010, p. 65)

Moscovici³⁸ (2003 apud SILVA 2010) afirma que o estudo do senso comum ou do conhecimento popular, pesquisa algo que liga o indivíduo a sua cultura, sua linguagem, a algo familiar considerando o caráter multidimensional dos aspectos responsáveis por essa interação. A Teoria das Representações Sociais, portanto, é constituída pelos saberes populares, suas crenças e sua significação enquanto uma forma de saber prático que

³⁷ SÁ, C. P. (1993). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In M. J. Spink (Org.), **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense.

³⁸ MOSCOVICI, S. (2003). **Representações Sociais: investigações em psicologia social** (3ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes

compreende e explica a realidade possibilitando a formação de um conhecimento constituído na vida prática.

4.1.1- Identidade e Representação Social

Sendo a Representação Social compreendida como um sistema de significações é também responsável pela formação das identidades individuais e coletivas que adquirem sentido através dos sistemas simbólicos quando são representadas nos afirma Woodward (2009). Quem somos nós e quem são os outros dependerá das diferenças e características comuns partilhadas, considerando o processo de formação e transformação dessas características ao longo dos processos socio-histórico, ideológico, e cultural ao qual estamos inseridos.

A representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-nos como sujeito. É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. Podemos inclusive sugerir que esses sistemas simbólicos tornam possível ‘aquilo’ que somos e ‘aquilo’ no qual podemos nos tornar. (Ibid 2009, p. 17)

Woodward (2009) nos afirma ainda que os sistemas de significação que produzem essas identidades perpassam por relações de poder, e dessa forma definem quem são incluídos e os excluídos no âmbito das relações sociais. As variadas instituições da qual fazemos parte (família, escola, igrejas, etc;) são denominadas por Bourdieu³⁹(2007 apud SILVA 2013) de “campos sociais” e esses espaços são permeados por contextos diferenciados e símbolos diversificados que requer dos sujeitos uma interação que se adeque a essa realidade, ou seja, os diferentes papéis que exercemos nesses espaços nos atribuem diferentes significações sociais.

Em todas essas situações podemos nos sentir, literalmente, como sendo a mesma pessoa, mas nós somos, na verdade, diferentemente posicionados pelas diferentes expectativas e restrições sociais envolvidas em cada situação, representando-nos, diante dos outros de forma diferente em cada um desses contextos (WOODWARD 2009, p. 30).

³⁹ BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2007.

Dessa forma assumimos diferentes identidades diante de outros indivíduos e grupos tal qual nos relacionamos e nesse sentido corresponder ou não as expectativas destes, coloca-nos ou não em posição de estabelecidos ou outsiders.⁴⁰ “A classificação simbólica está assim intimamente relacionada à ordem social” (WOODWARD 2009 p.46). Essa classificação determina quem está “dentro” ou “fora” da ordem, incluídos ou excluídos dessa “ordem”.

[...] um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia, quando está bem instalado em posições do poder das quais o grupo estigmatizado é excluído [...] Afixar o rotulo de ‘valor humano inferior’ a outro grupo é uma das armas usadas pelos grupos superiores nas disputas de poder como meio de manter sua superioridade social [...] (ELIAS e SCOTSON 2000, p.23).

Os sistemas classificatórios, portanto, são responsáveis pela diferença que pode ser construída como negativa (excluindo ou marginalizando) ao mesmo tempo em que pode ser também construída enquanto “fonte de diversidade e heterogeneidade” no que tange a afirmação da diferença como algo político na defesa da identidade dos grupos sociais. A identidade, portanto, é marcada pela diferença.

A política de identidade concentra-se em afirmar as identidades culturais das pessoas que pertencem a um determinado grupo oprimido ou marginalizado. Essa identidade torna-se assim um fator de mobilização política (WOODWARD, 2009 , p. 34).

Identidade e diferença não são excludentes, nos afirma Hall (2009), ambas precisam coexistir para promoverem significação. A problemática sobre tal afirmação encontra-se justamente nos sistemas simbólicos e de significação que tanto os indivíduos como os grupos sujeitam-se ou são sujeitos, haja vista que por tratar-se de relações sociais que perpassam por relações de poder há um interesse, sobretudo dos grupos distintos de situar-se em estruturas e espaços societários tidos como privilegiados e nesse sentido expressa-se o lado negativo da diferença versus identidade. A identidade e a diferença não são “elemento da

⁴⁰ Os estabelecidos e outsiders são definidos por Elias e Scotson (2000) a partir das relações sociais e de poder que se estabelecem entre grupos sociais de uma mesma comunidade, pertencentes à mesma classe social – trabalhadora - ao mesmo espaço geográfico – nesse caso o mesmo bairro/comunidade - e são denominados estabelecidos-outsidere de acordo com as relações de poder que se mantinha entre eles. O primeiro grupo - estabelecidos – correspondia a um grupo de residentes antigos da comunidade, e os outsiders – denominado por eles dessa forma – representava o grupo recém chegado ao espaço e a quem eles mantinham a margem das suas relações sociais e de convívio. Segundo os autores o primeiro grupo sentia-se humanamente superior ao segundo e por isso os estigmatizava e evitavam qualquer tipo de contato social com os mesmos, com exceção apenas para o âmbito do trabalho, embora mesmo assim os julgassem inferiores da mesma forma.

natureza”, nós as criamos, pertencem ao mundo cultural e social criadas pela linguagem. “Ambas são resultado de um processo de produção simbólica e discursiva” (p.81).

De acordo com Hall (2009) a identidade esta relacionada aos discursos e práticas que tentam nos interpelar, nos invocar a assumir lugares enquanto sujeitos sociais. Por outro lado também, são responsáveis pela produção das “subjetividades que nos constroem enquanto sujeitos”. (p.112). No que concerne à subjetividade, ela esta relacionada aos nossos pensamentos e emoções, assim como a construção do nosso “Eu”. No entanto essa subjetividade esta diretamente relacionada a um contexto social no qual a cultura e a linguagem darão significado para a construção da identidade.

No entanto essa linguagem perde o sentido, ou melhor, não adquire sentido se não houver símbolos que a identifique. Segundo (HALL 1997, p.08) “As identidades adquirem sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos pelos quais elas são representadas”. A construção da identidade é tão simbólica quanto social e o processo que a constitui é também contextual e conjuntural exercendo influencia na sua definição.

Quaisquer que sejam os conjuntos de significados construídos pelo discurso, eles só podem ser eficazes se nos recrutam como sujeitos. Os sujeitos são assim sujeitados ao discurso e devem, eles próprios, assumi-lo como indivíduos, que dessa forma posiciona-se a si próprios. (WOODWARD 2009, p.55)

Para Butler⁴¹ (1999 apud SILVA 2009) a identidade não pode ser entendida a partir de uma concepção estável, que não sofre mudanças ou transformações ao longo do tempo, devendo-se considerar os processos que coletivamente mexem com o caráter estabelecido das identidades dos sujeitos, grupos, culturas e populações. “A identidade é instável, contraditória, fragmentada, inconsistente, inacabada [...]”. (p. 97).

Compreendemos, portanto que a identidade é um processo complexo de construção e reconstrução que os sujeitos e a coletividade fazem de si e do mundo, moldando-se de acordo com as relações sociais que estabelecem e por intermédio dos sistemas simbólicos, cujo contexto e conjuntura intermediados pela linguagem e pelo discurso lhes atribuirão significados e representatividade, tendo como base a diferença cuja relação com a identidade perpassa pelas relações de poder dando-lhe um sentido “positivo” ou de “negatividade”.

Dessa forma, visamos por meio do estudo sobre a dependência feminina do álcool, apreender qual a representação social do alcoolismo para essas mulheres, analisando também o processo de construção de suas identidades a partir da perspectiva das relações de gênero.

⁴¹ BUTLER, J. **Gender Trouble**. Londres: Routledge, 1990

Como essas mulheres se veem e como elas são vistas por outros sujeitos e pela coletividade enquanto sujeitos sociais, haja vista que integram um processo socio-histórico e cultural que se caracteriza enquanto construtor prévio suas identidades, moldando suas condutas e comportamento, além de marca-las socialmente pela diferença e nesse sentido pela diferença constituída entre mulheres e homens, cujas implicações determinam parâmetros a serem seguidos por essa categoria que adquire características negativas com relação as suas identidades quando “desviam” daquilo que foi a elas socialmente outorgado, a desigualdade entre o gênero.

A diferença que oprime, violenta, exclui e marginaliza, torna-se mais cruel quando o discurso da inferioridade é interiorizado por essa categoria, forjando assim uma identidade sempre sujeitada, fragilizada, subjulgada cujo discurso discriminatório e estigmatizador ocupa em muitos casos o lugar da naturalização dessa violência também simbólica, posicionando-as sempre num lugar de subalternidade.

Como nos afirma Hall (2009), os discursos que nós enquanto indivíduos assumimos e nos apropriamos também nos posiciona, ou seja, o discurso nos constrói e nos recruta enquanto sujeitos. Partindo dessa perspectiva questionamos: Qual o lugar que a mulher alcoolista ocupa na sociedade? Como a sua identidade enquanto mulher e alcoolista tem sido vista, julgada, considerando os múltiplos papéis sociais outorgados a ela? A estigmatização atribuída ao alcoolismo é diferenciada para homens e mulheres? Esses são alguns questionamentos que nos inquietam e que tentaremos responder a partir dos dados coletados e da análise dos discursos dessas mulheres.

4.1.2- Procedimentos Metodológicos

Definindo bem o nosso campo de interesse, nos é possível partir para um rico diálogo com a realidade, nos afirma Neto (2009). Nesse sentido, o campo escolhido para pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad, localizado no município de Santo Antonio de Jesus/Ba, visando analisar a partir da perspectiva de gênero a dependência do álcool por mulheres atendidas na referida Instituição, partindo da realidade que nos aponta a invisibilidade feminina no que tange ao uso abusivo e dependência dessa substância, evidenciando uma questão que necessita ser problematizada sobre a perspectiva das relações de gênero.

Para tanto, a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, ocorreu através de pesquisa qualitativa, por entendermos ser esta de fundamental importância para interpretação dos fenômenos sociais a partir da interação do pesquisador com seu objeto de estudo. Concordamos com Minayo (1996) quando a autora argumenta que,

[...] O método qualitativo [é] aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO 1996, p.10)

Trata-se de um tipo de método que permite um envolvimento entre entrevistador e entrevistado sem que haja um comprometimento da objetividade, pelo contrário, essa interação permitirá uma aproximação mais realista das questões intersubjetivas que permeiam o cotidiano dos sujeitos pesquisados, seja através das emoções, intencionalidades, experiências ou linguagem. (MINAYO 1992 apud BARBOSA, 2010). Todas essas dimensões podem ser apreendidas por intermédio do referido método que apresenta grande relevância no âmbito das pesquisas sociais.

4.1.3- Instrumento de coleta de dados

Definindo-se o método, optou-se pela entrevista semiestruturada como técnica para a pesquisa, haja vista que este instrumento nos possibilita através de um roteiro prévio de perguntas composto por questões abertas e fechadas, dialogar mais livremente com o sujeito pesquisado visando através dessas, apreender “as crenças, atitudes, valores, e motivações que compreendem o comportamento dos indivíduos em determinados contextos sociais” (GASKELL 2008, pg. 65).

A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI 1990/1991, p. 154).

A respeito da entrevista qualitativa, concordamos com Gaskell (2008) quando o autor afirma que,

A compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa. Tal compreensão poderá contribuir para [...] “descrição detalhada” de um meio social específico; pode ser empregado como base para construir um referencial para pesquisa futuras e fornecer dados para testar expectativas e hipóteses [...] (GASKELL, 2008, p.65).

A entrevista coloca-se nesse âmbito como um instrumento que irá aperfeiçoar juntamente com a cognição do pesquisador, sua observação e a apreensão da realidade a qual esteja inserido. É válido ressaltar que para realização da pesquisa é necessário a delimitação de um espaço físico pelo pesquisador, local este denominado como “campo de pesquisa”.

A ida a campo nos permite “criar novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra produzido” (NETO, 2009 p. 53), ou seja, o campo propiciará ao pesquisador uma nova percepção dos fenômenos expressões no cotidiano e da própria realidade, tendo como base as teorias que fundamentam o seu conhecimento.

Concebemos o campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação (MINAYO 1992 apud NETO 2009, p.53).

Para o sucesso da pesquisa e para evitar o seu impedimento algumas medidas são imprescindíveis: Não se pode chegar ao objeto de estudo de qualquer maneira, algumas considerações são essenciais, tais como: “aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo [e essa] aproximação deve ser [...] gradual” (NETO, 2009 p.55) respeitando assim o espaço desses sujeitos.

A pesquisa qualitativa é essencial para realizar novas descobertas e através delas gerar e transmitir conhecimento, sem contar que seus resultados podem ajudar da defesa de direitos ou intervenção numa dada realidade, cujos sujeitos pesquisados apresentem situação de vulnerabilidade, podendo essa pesquisa se traduzir como um instrumento eficaz na efetivação de direitos de um sujeito, grupo ou comunidade.

4.2- SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com mulheres alcoolistas atendidas no CAPS ad – Vale Viver no município de Santo Antonio de Jesus- Bahia.

4.3- O LÓCUS DA PESQUISA: O Município de Santo Antonio de Jesus/Ba

A pesquisa foi realizada no CAPS ad, no município de Santo Antonio de Jesus, localizado no Recôncavo baiano situado a 193 km da capital, Salvador. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014) a população estimada do município corresponde a 100.550 habitantes, apresentando uma área dimensão territorial de 261, 348 (Km²) e densidade demográfica de 348, 14 (hab/km²).

Historicamente a cidade descende dos índios da Pedra Branca que viviam da caça, pesca e do roçado. As terras férteis e as matas representaram um grande atrativo para a chegada dos primeiros colonos a região, no entanto, havia sido determinado em Carta Régia, a proteção dos índios em 1663, assim como, terras para o seu aldeamento e sustento. Nesse sentido, os indígenas da aldeia de Santo Antonio, obtiveram assim patrimônios territoriais.

Nomes como o do padre Manuel Vieira de Azevedo, tiveram destaque na colonização. Sua residência foi transformada em povoado devido a um Oratório destinado a Santo Antonio existente em suas terras, transformada em 1777 na Capela filiada a Freguesia de Nossa Senhora de Nazaré. Criado pela Lei Provincial n.º 448, de 19 de Junho de 1852 o distrito de Santo Antônio de Jesus, tornou-se o único distrito do Município de Nazaré, pela Lei de n.º 1.952, de 29 de maio de 1880. Sua instalação ocorreu em 4 de março de 1883. Dois distritos: Santo Antônio e Vargem Grande passaram a compor o Município, de 1933 a 1943. Por Lei de 15 de outubro de 1827, criou-se o Distrito de Paz. Através de um termo judiciário da fez parte da Comarca de Nazaré até 31 de dezembro de 1943, quando foi criada a Comarca de Santo Antônio de Jesus (IBGE 2014).

Segundo Brás (2012), a emancipação da cidade ocorreu, sobretudo devido à economia, com a fixação dos comerciantes de Nazaré no local, além de tornar-se uma importante exportadora de Manganês para a Inglaterra no pós II Guerra Mundial, transformando-se numa importante fonte comercial de fumo para toda região, exportando o produto para a Europa. Logo o seu comercio tornou-se bastante atrativo e lucrativo destacando-se no interior do Estado, atraindo muitos compradores e vendedores, além de indústrias, empresas e serviços médicos e educacionais.

No que concerne aos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Município, tendo como base a pesquisa realizada por Brás (2012), sobre a “Rede de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Município”, relata que esta é constituída por

[...] basicamente por organizações governamentais, sendo estes os serviços da área da Saúde, da área da Assistência Social, e os serviços da área da Defesa de Direitos e Organizações Não Governamentais. [...] De acordo com informações cedidas pela secretaria municipal de saúde o serviço é composto pelo CASP ad Vale Viver, CASPS II Nova Vida, CEREST (centro de Referência em Saúde do Trabalhador), Dires -4ª. Diretoria Regional de Saúde, Policlínica Municipal Dr. Antonio Albuquerque, HRSAJ (Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus), Programas de DST/ AIDS e Hepatites Virais, e por 14 Unidades de Saúde da Família sendo elas, Urbis III, do Cocão (Fátima e Sapé); do Espinheiro, vila Bomfim e Benfica; do Alto do Morro; Urbis II; Geraldo Pessoa Sales; São Francisco; Calabar e Urbis I; Marita Amâncio; Bela Vista; Andaraí I; Irmã Dulce; Andaraí (BRÁS, 2012 p.53-54).

De acordo com a referida autora, a Rede de Serviços de Atenção aos Usuários, vai além do Caps ad, no entanto nos ateremos ao referido Centro enquanto campo de pesquisa para nossas análises. O Caps ad Vale Viver foi implantado desde 2008 devido a demandas de usuários dependentes de álcool e outras drogas que procuravam atendimento no Caps II⁴² instituído no mesmo território. O CAPS ad, atende usuários e usuárias com faixa etária a partir dos 12 anos de idade e tem como característica o atendimento aberto e comunitário que oferta atendimentos como terapia individual, tratamento medicamentoso e psiquiátrico, oficinas terapêuticas, etc; cujo intuito é a reinserção social desses sujeitos em concordância com a perspectiva da redução de danos. A equipe da instituição é interdisciplinar e constituída por:

Tabela 2 – Equipe Interdisciplinar do CAPS ad

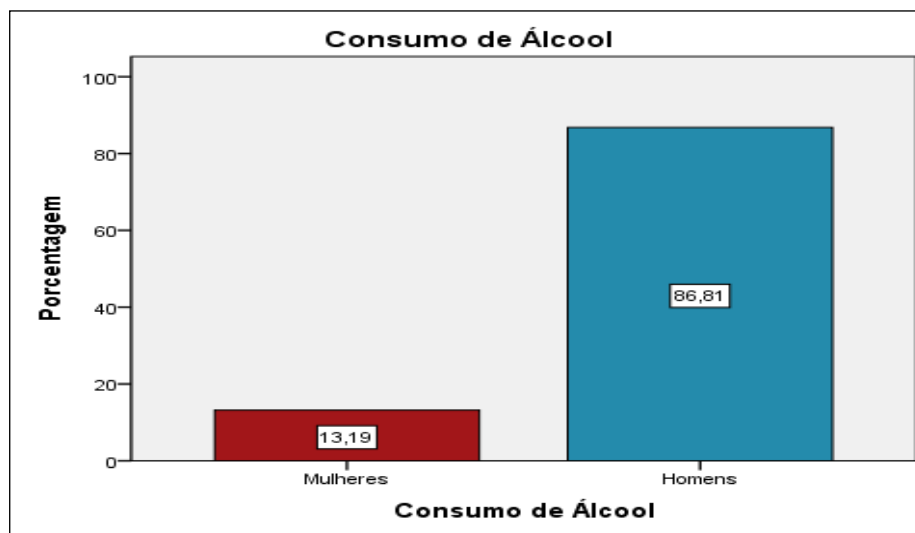
Equipe Interdisciplinar do CAPS ad	
Farmacêutico (Coordenador)	Segurança
Assistente Social	Clinico Geral
Psicóloga	Psiquiatra
Terapeuta Ocupacional	Oficineiras
Recepcionista	Nutricionista
Técnica de Enfermagem	Merendeira
Enfermeira	Auxiliar de serviços Gerais
Cozinheira	Professora do Topa
Guarda Municipal	

⁴² CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. (PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011)

Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

O quantitativo atendido no Caps ad está em torno de 846⁴³ usuários, no entanto, atualmente encontra-se cerca de 200 usuários ativos (frequentantes) que recebem atendimento diário de acordo com a Programação Terapêutica Individual- PTI, construída de acordo com a necessidade de cada sujeito. O ingresso nos serviços ocorre por intermédio familiar, encaminhamento das unidades de saúde ou instancias judiciais e pouquíssimas vezes por decisão própria do usuário/usuária.

Gráfico 1- Consumo de Álcool



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

No que se refere ao uso/abuso de álcool e outras drogas, o álcool é a substância mais consumida com base nos dados da Instituição, haja vista que dos 158 usuários do sexo masculino, todos consomem álcool embora haja também o consumo de outras drogas e das 31 usuárias do sexo feminino, 24 mulheres são dependentes da substância e resistem mais ao tratamento ofertado do que os homens, justificando que o trabalho e/ou cuidar da casa e de outros familiares às impossibilitam de aderir ao tratamento

Os dados acima evidenciam que o consumo de álcool entre mulheres é significativo para se analisar a partir da perspectiva das relações de gênero o uso abusivo e a dependência do álcool, transformado em sinônimo de estigmatização desse segmento, sobretudo quando sua conduta apresenta-se como “inadequada” aos papéis sociais a elas imposto, haja vista que

⁴³ Esses dados foram fornecidos pela então Coordenadora da Instituição em 2013. Em 2014, após mudança de gestão não foi possível atualização dos dados.

“os superiores” podem fazer com que os próprios indivíduos [...] se sintam, eles mesmos, carentes de virtudes, julgando-se humanamente inferiores” (ELIAS e SCOTSON 2000, p.20).

4.4- TRAJETO DA PESQUISA E PERFIL DAS ENTREVISTADAS

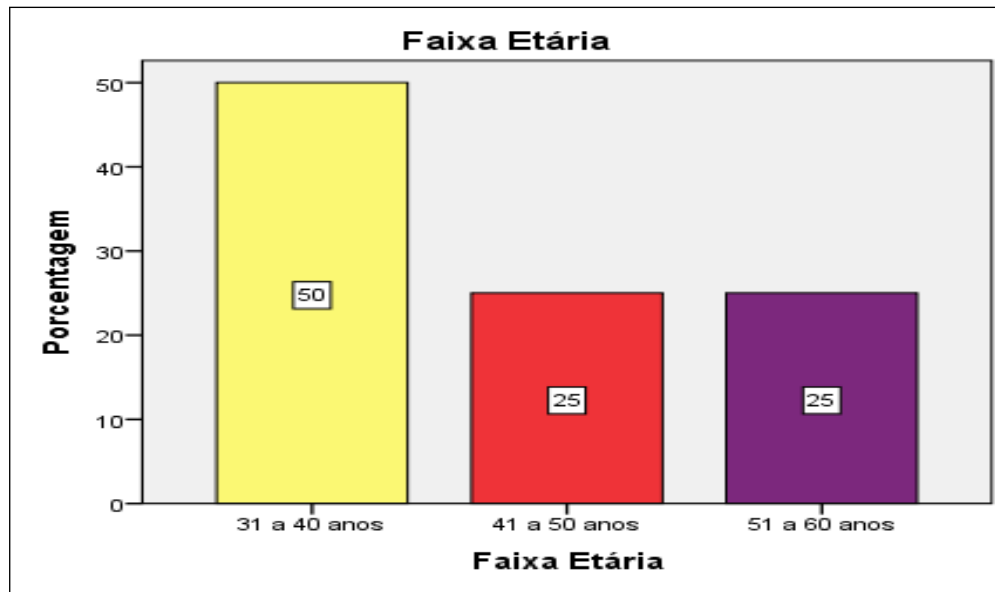
O primeiro contato realizado com o CAPS ad, ocorreu em 2013 devido ao prévio interesse sobre a temática e de se discutir sobre o uso abusivo e dependência do álcool por mulheres atendidas na referida Instituição. É válido ressaltar que em todo o Recôncavo, existe apenas 01 Caps ad, o qual encontra-se localizado na cidade de Santo Antônio de Jesus e presta atendimento apenas a população do seu território. A recepção na unidade foi realizada pela então Coordenadora da Instituição (substituída em 2014) que mostrou-se muito solícita quanto a possibilidade de realização da pesquisa e no que se refere a disponibilização de dados e informações sobre a unidade, os profissionais e os usuários. A aproximação inicial foi de suma importância para a execução da pesquisa, pois, a partir daí constatou-se a existência de um contingente considerável de mulheres que protagonizam essa realidade e necessitam ser visualizadas para além dos serviços prestados a elas, uma vez que a sociedade que impõe, exclui, estigmatiza e invisibiliza todo o sofrimento psíquico a que são submetidas essas mulheres, oculta uma realidade perversa cuja pretensão é mantê-las silenciada. E essas vozes historicamente urgem por serem ouvidas!

O segundo contato realizou-se em 2014 e as entrevistas com as usuárias do CAPS ad foram realizadas em Outubro do corrente ano. Para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, cuja aplicação permitiu o transcorrer de um diálogo que possibilitou a introdução de questões de suma importância para o embasamento da pesquisa. No que se refere à entrevista realizada com as usuárias, as primeiras perguntas estão relacionadas à faixa etária, raça/cor e renda, enquadradas no quesito “aspectos socioeconômicos”. As perguntas que seguem estão relacionadas ao consumo do álcool, suas causas e consequências que visam explicitar os estigmas atribuídos ao uso abusivo e/ou dependência de álcool por essas mulheres, além da representação social que o alcoolismo apresenta no cotidiano destas.

As abordagens ocorreram em dias de quinta-feira, nos quais realizam-se o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) e onde se é possível encontrar um quantitativo maior de mulheres reunidas. Contudo, em um dos dias foi entrevistada apenas uma usuária e na quinta-feira seguinte, mais três.

4.4.1 Perfil das Usuárias

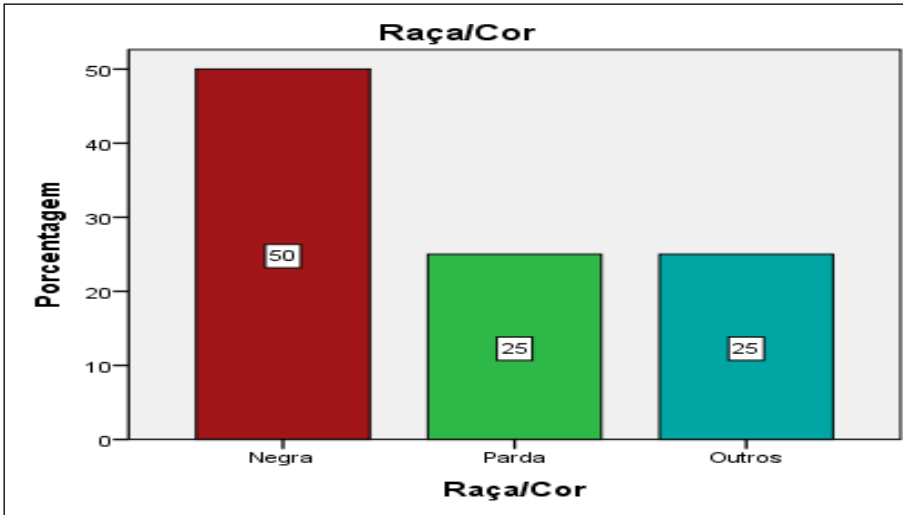
Grafico 2- Faixa etária



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

O gráfico acima refere-se a faixa etária das entrevistadas atendidas no CAPS ad, que tem entre 36 e 54 anos, evidenciando um perfil de consumo de álcool e dependência entre mulheres na fase adulta.

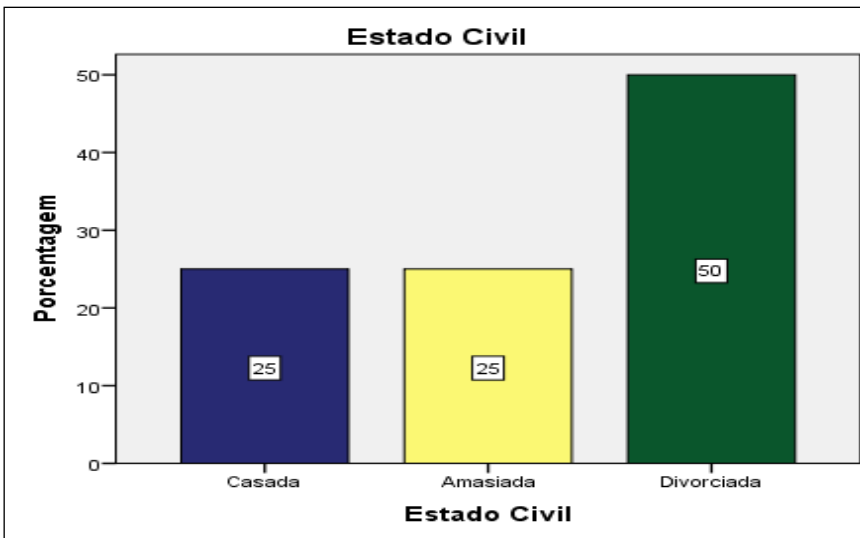
Grafico 3-Raça/Cor



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Referente ao quesito raça/cor, a pergunta feita as entrevistadas foi, como você se considera? As opções branca, negra, parda, amarela e outros foram apresentadas e as repostas foram as seguintes: 02 usuárias se declaram negras, 01 se declara parda e 01 afirma não ter cor (sic) todos são iguais.

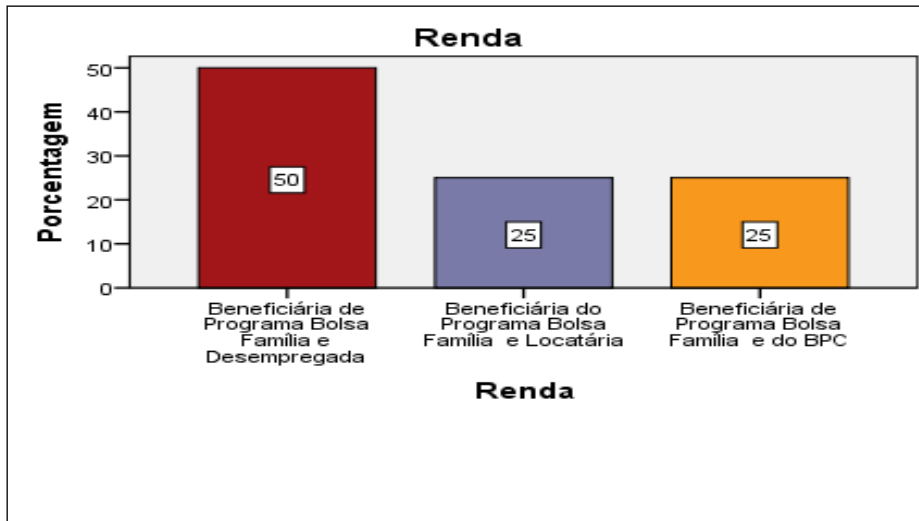
Gráfico 4- Estado Civil



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Quanto ao estado civil, 02 usuarias são divorciadas, 01 é casada e 01 é amasiada, tem um companheiro.

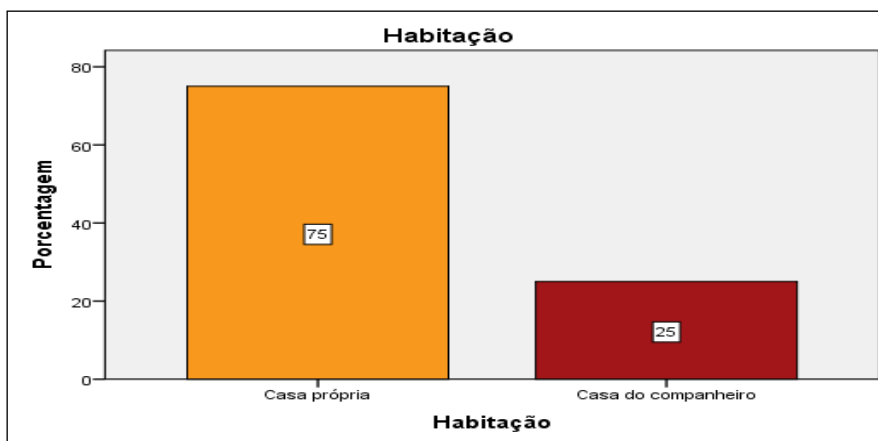
Gráfico 5- Renda



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

No que concerne a renda, 01 das usuárias é assistida pelo Benefício de Prestação Continuada- BPC, 01 usuária tem renda oriunda de casas de aluguel da qual é locatária, embora não tenha informado o valor, e 02 usuárias estão desempregadas, embora uma delas exerça a profissão de diarista esporadicamente. No entanto, todas as usuárias são beneficiárias do Bolsa Família.

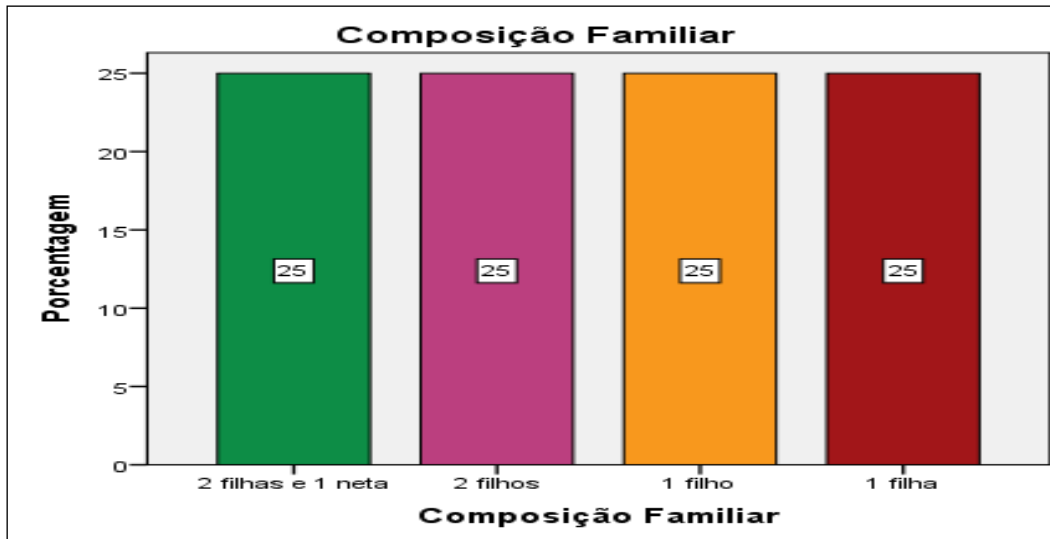
Gráfico 6- Habitação



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Referente à moradia, 03 das quatro entrevistadas possuem casa própria e uma delas reside com o companheiro. Todos os imóveis estão localizados na área urbana e em zonas periféricas do Município de Santo Antonio de Jesus.

Gráfico 7- Composição Familiar



Fonte: Elaboração da autora, levantamento realizado em Outubro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Tratando-se da composição familiar, uma das 02 entrevistadas divorciada, tem duas filhas e uma neta e reside com elas, a outra tem um filho com quem reside, a usuária casada tem uma filha e a usuária amasiada tem dois filhos que não moram com ela.

Em resumo, o perfil das nossas entrevistadas é formado por mulheres negras, divorciadas que tem casa própria, residem em zonas periféricas da cidade, em sua maioria desempregadas e são beneficiárias do Programa Bolsa Família do Governo Federal.

4.5 – O ESTUDO E A COLETA DE DADOS

Pretende-se aqui apresentar os dados coletados na pesquisa realizada com as mulheres alcoolistas atendidas no Caps ad Vale Viver. A análise dos discursos servirá para problematizar as representações sociais do alcoolismo, a construção/formação da identidade da mulher alcoolista evidenciando a importância que as relações de gênero apresentam neste universo, contudo a intenção maior é dar visibilidade às situações de estigma e discriminação a que são expostas as mulheres que fazem uso abusivo e/ou são dependentes desta substância e estão inseridas numa sociedade machista e patriarcal.

Para preservar o anonimato das entrevistadas vamos identificá-las através de pseudônimos. Nossas quatro entrevistadas receberam os nomes de Adriana, Matildes, Arlete e Daniela respectivamente a ordem das entrevistas. Ressaltamos porém que os nomes atribuídos a essas mulheres não foram escolhidos de maneira aleatória, trata-se do nome de vítimas da

explosão de uma fábrica clandestina de fogos, que matou 64 mulheres carbonizadas, no dia 11 de Dezembro de 1998, no município de Santo Antonio de Jesus/Ba.

Entre as vítimas encontravam-se jovens, crianças e quatro gestantes das quais, um dos bebês conseguiu sobreviver, mesmo depois da genitora ter ido a óbito.

4.5.1-O Dia 11 de Dezembro de 1998

A tragédia revelou o cotidiano de mulheres de baixa renda oriundas de bairros periféricos do município que trabalhavam em condições desumanas na tentativa de prover a sua subsistência e a de seus familiares. Entre as mulheres exploradas, encontravam-se crianças e adolescentes que partilhavam de jornadas intensivas de trabalho, muitas delas juntas a suas mães, tias, avós, visto que, famílias inteiras trabalhavam na fábrica. A idade da trabalhadora e vítima mais jovem da explosão era de onze anos.

A remuneração desse contingente era de R\$ 0,60 a cada milheiro de fogos produzido. Essa catástrofe deixou dezenas de órfãs e órfãos e marcou para sempre a vida das 42 famílias das vítimas, sobretudo no que se refere a punição dos responsáveis pela fábrica que continuam impunes, 16 anos depois do ocorrido. Para lutar por justiça, as famílias formaram o Movimento 11 de Dezembro, cuja presidenta é Maria Balbina, que teve a única filha morta carbonizada, vítima na explosão.

Diante da ausência de fiscalização e da impunidade, em 2001 o Movimento 11 de Dezembro, o Fórum de Direitos Humanos de Santo Antonio de Jesus, a ONG *Justiça Global* e outros, apresentaram a denúncia sobre o caso na Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). Desde então o Brasil é réu frente à Comissão Interamericana no caso conhecido como “Explosão de Fábrica Clandestina de Fogos de Artifício (Portal Justiça global Brasil, 2009).

Mesmo depois dessa sentença decretada há treze anos e dezesseis anos depois da tragédia, as famílias representadas pelo Movimento, lutam ainda para que os responsáveis sejam punidos e para serem indenizadas, reparadas de alguma forma pelo ocorrido. Diante disto, como um grito por justiça, essas mulheres se farão aqui lembradas, representadas através das nossas entrevistadas, explicitando a condição de invisibilidade social em que se encontravam antes da fatalidade e que permanece quando suas mortes são banalizadas, encaradas com naturalidade e caem no esquecimento, pois a produção clandestina de fogos permanece até os dias atuais em Santo Antonio de Jesus. Portanto, uma ressalva deve ser feita

quanto à tragédia de 11 de Dezembro de 1998. As mulheres, jovens e crianças vítimas dessa calamidade não serão esquecidas, suas vozes e o seu clamor por justiça não serão silenciados!

4.6- A ANALISE DOS DISCURSOS

4.6.1- Sobre o Consumo de Álcool

Indagadas sobre aproximação com o álcool pela primeira vez, obtivemos as seguintes respostas:

Foi aos 21 anos, em uma festa! **Adriana**

Há uns 5 anos atrás. Não bebia. Quer dizer, bebia socialmente em festas e comemorações. Tive quatro bares e nunca bebi assim. Mas de repente comecei do nada a beber, beber mesmo, beber cachaça sem parar. **Matildes**

Diante da resposta de Matildes e possibilitada pelo roteiro de entrevista semi estruturada, sentimos a necessidade de fazer-lhe outro questionamento quanto à repentina aproximação com o álcool de maneira demasiada.

- E foi assim mesmo, de repente? Sem nenhum motivo aparente que a senhora começou a fazer uso de bebida alcoólica?

Na verdade, assim, eu tinha um bar e vendi a minha casa do lado pra uma amiga. Eu cuidava dos filhos dela e tudo. Ai ela foi ser minha vizinha, depois começou a se incomodar com o bar. Reclamava por causa do som, até que um dia o marido dela desceu para brigar com um menino que tava com o som do carro ligado no bar. Depois ele subiu dizendo a ela que ela só arrumava problema. Ai ela me disse assim: - Vou vender a casa, mas você me paga. - Ela me jurou e vendeu a casa. Então eu acho que foi alguma coisa que fizeram. Mas Eu entrego a Deus! Fizeram de tudo pra meus irmãos virar a cara para mim, mas não deu certo. Era triste minha situação, E escondia cachaça nos matos e saía de madrugada para beber. Tenho anemia falciforme e artrose. Sou lavradora e parei de trabalhar por causa desses problemas de saúde. **Matildes**

A entrevistada associa o repentino consumo de álcool a fatores sobrenaturais, algum tipo de “magia espiritual” que exerceu influência sobre o seu sistema biológico e a “obrigou” ao uso exacerbado. Sua explicação para isso parte de um desentendimento entre ela e sua

vizinha, a quem a usuária atribui a responsabilidade pelo “feito sobrenatural” que a levou ao uso abusivo da substância.

O relato da entrevistada seguinte destaca-se pela aproximação com o álcool ainda na infância esta relacionada à violência física e ameaças de morte sofrida por ela e pelas irmãs por parte do pai alcoolista. Nesse sentido, o uso de álcool tornou-se um “refúgio” perante a violência perpetrada pela figura do patriarca, o “senhor da família”, que exerce o seu poder de dominação sobre a mulher/menina. Saffioti (2004) compara o patriarca (pai/marido) contemporâneo ao patriarca da Antiguidade, quando este detinha o “poder” de vida e de morte sobre suas esposas e filhas, algo que não destoava na atualidade tornando-se explícito como relatado pela entrevistada, considerando que a situação de violência a que era submetida na infância quando recebia ameaças de morte. Ao relatar o brutal assassinato da irmã caçula pelo conjugue, reforça as afirmações de Saffioti, quanto a violência exercida pelo homem no âmbito privado, muitas vezes naturalizada por essa posição hegemônica que ocupa, como nos relata a referida autora, pois os homens continuam matando suas esposas com requintes de crueldade e ainda sim, transformam-nas em réis, sendo absorvidos de suas acusações.

Bebi a primeira vez quando era criança. Meu pai era vivo, batia muito na gente. A gente morava no “Corta-mão”, depois de São Miguel. Ele chegava “bebo” pegava o facão, corria atrás da gente (irmãs), a gente tinha que dormir no mato, aí começamos a beber. Ficou pior (a dependência do álcool) depois que minha irmã caçula morreu. Ela morava em Salvador, o marido cortou ela, amarrou num saco e jogou no matagal (pausa e choro). Ela era cristã, tava grávida, deixou dois filhos. (ficamos em silêncio por alguns segundos). Saiu em todos os jornais, você não viu não? Pois é, passou. (choro). Arlete

- Não, eu não me recordo desse caso, respondi. Sinto muito! (Silêncio).

A crueldade com que a irmã foi morta deixou Arlete mais vulnerabilizada e contribuiu para o aumento do consumo de álcool pela usuária que expressa muita tristeza ao referir-se ao caso. Quanto ao responsável pelo crime, não se tem notícias. Diante do desabafo emocionado da entrevistada, ficamos em silêncio por um tempo a espera de que a mesma pudesse se recompor e dar continuidade a entrevista. Depois de alguns minutos perguntei se podíamos continuar a entrevista, Arlete respondeu que sim, então avançamos para as questões seguintes.

A próxima entrevistada, Daniela, quando perguntada sobre sua aproximação com o álcool, revela que seu primeiro contato também ocorreu na infância, na presença de familiares. Ela também atribui a dependência ao marido que a deixou. Revela ainda nos seus argumentos que faz uso da bebida para não se sentir solitária.

Foi com 10 anos. Fui pro pelourinho com minha irmã e meu cunhado. Ai eu aprendi a beber e não largo mais. Não parei e nem vou parar. Hoje mesmo, acordei seis horas da manhã pra beber. Bebo a semana toda. Porque tem que beber? (Ela mesma se faz a pergunta e ela mesma responde) Se eu beber, não vou me sentir sozinha. (choro). Tinha marido e toda sexta ele bebia. Eu aprendi a beber com ele também. Ele tinha muito ciúmes de mim, mas não era agressivo não. Ele me deixou!

Daniela

O discurso de Daniela apresenta inicialmente a representação social do alcoolismo enquanto algo prazeroso cujo consumo a usuária não sente vontade de abandonar, entretanto, revela no decorrer da entrevista que o consumo na verdade está relacionado ao fato de não se sentir solitária haja vista o abandono do seu conjugue. Portanto, o álcool tanto representa prazer como uma “fuga” da solidão.

4.6.2-Alcoolismo e relação familiar

Embora questões como estado civil, numero de filhos ou parentescos não constasse no roteiro prévio de entrevistas era inevitável perpassar por essa estrutura e a partir das falas analisar qual o seu significado na vida das mulheres alcoolista, no seu cotidiano e tratamento. A opção por não coloca-la no roteiro foi a de possibilitar que o questionamento surgisse (e surgiu) no momento oportuno identificado pelo entrevistador durante a entrevista, a fim de se analisar se as famílias contribuem para autonomia, emancipação, acesso ao tratamento ou cooperam com o estigma e o preconceito atribuído a elas?

O dialogo com Arlete referente à família, refletiu a necessidade de prolonga-lo com questionamentos que iam surgindo no decorrer da entrevista e revelavam o sofrimento psíquico de uma mulher, alcoolista, com patologias diversificadas, visivelmente bastante debilitada fisicamente, emocionalmente e afetivamente, submetida à violência doméstica por seu companheiro que é dependente de álcool.

- A senhora é casada?

*Tenho uma pessoa que mora comigo tem 02 anos, mas to me separando, por que ele ta me agredindo. (choro). Ele bebe todo santo dia e bebe muito. Ele é pra ser meu acompanhante e me deixa andar sozinha. Eu desmaio. Tenho dor de cabeça, tontura e ouço vozes. Essa semana mesmo eu desmaiei em casa, quase bato a cabeça. Caí de cima da cama. Eu tenho “problema de cabeça” e de coração. Não tem muito tempo que eu fiquei um mês internada no Regional (Hospital do município) por causa dos desmaios. **Arlete***

O relato da entrevistada explicita uma situação de violência doméstica e familiar que intensifica os agravos a sua saúde, haja vista que diante da situação apresentada por ela, trata-se de uma usuária que necessita de cuidados específicos quanto às patologias por ela apresentada, além de uma atenção profissional que visualize essa situação de violência e a assistida de maneira integral. A fala de Arlete reflete ainda uma continuidade no quadro de agressões sofrida por ela desde a infância, diferenciando-se apenas pela figura do patriarca, visto que a violência exercida por seu pai anteriormente é hoje praticada por seu companheiro.

As falas revelam também a dependência que a usuária tem do companheiro devido a sua condição de saúde, que a torna ainda mais vulnerabilizada. Considerando que ambos são alcoolistas e partilham da mesma realidade e condições objetivas, mesmo diante de uma situação que os coloca em relativa paridade é a mulher que sofre a violência é oprimida e subjulgada, ratificando a desigualdade existente nas relações de gênero.

Saffioti (2004) nos afirma que, as relações de gênero são permeadas de contradições e uma delas perpassa pela relação de poder, que pode gerar liberdade se partilhado e desigualdade se concentrado. Nessa relação o poder encontra-se nas mãos do patriarca, embora os seus subordinados estejam “livres” para contribuir ou destruir suas bases. Contrastando a vivência de Arlete as afirmações da autora, temos então a definição de uma mulher cuja liberdade está totalmente condicionada a dependência que a mesma apresenta perante o companheiro sobretudo devido a sua condição de saúde, mesmo sendo submetida a agressões.

Dessa forma, torna-se momentaneamente impedida de solapar as bases desse patriarcalismo através de denúncias que levem a punição do seu agressor, o que não compreendemos aqui enquanto uma atitude de contribuição para perpetuação de tal situação, considerando as condições objetivas e subjetivas que a impedem circunstancialmente de exercer uma autonomia capaz de findar tal situação. No entanto, quando a entrevistada manifesta o desejo de separação do seu conjugue, fica explícito por parte desta o desejo de transformação de tal realidade e todos esses aspectos devem ser considerados para evitar a reprodução de discursos machistas e preconceituosos que acusam a mulher de permissividade da agressão ou “gostar de apanhar” e dessa forma contribui para a reprodução e/ou naturalização da violência contra a mulher.

Devido à situação de violência e vulnerabilidade relatada pela entrevistada, houve a necessidade de investigar se não haveria outros familiares próximos que a acolhesse e/ou assistisse, sobretudo devido ao seu quadro patológico que a tornou “dependente” do companheiro. Foi então perguntado a Arlete:

- Sobre essas agressões, a senhora já contou para algum profissional aqui do Caps? Já pediu ajuda pra alguém?

- Não. A casa que eu moro é dele sabe. Ele tem três irmãos, mas um irmão mora no fundo da casa. O irmão dele todo dia diz a ele: se Tu perder essa daí, tu vai morrer de fome. Vão cortar tua água, tua luz. Eu é que pago água, luz, mercado. Ele não trabalha. Eu me encostei pra ele ser meu acompanhante, porque eu não posso sair sozinha. Até passe livre eu fiz pra ele, mas nem isso ele agradece. Ele tem 46 anos. Por causa dele eu bebo todo dia, ele compra e trás pra dentro de casa, aí eu bebo. E o pior é que eu não posso nem beber, mas com fé em Deus eu vou parar. Deixa Ele ir se matando aí! Agora mesmo comprei televisão, antena parabólica, som, dois celulares, mas o meu foi roubado, coloquei crédito mas não tinha nem gastado! Ah, lembrei, comprei uma geladeira nova, por que a minha era um bagaço. E comprei uma lavanderia também. Arlete

- E o restante da sua família, a Senhora tem contato?

Tenho dois filhos, um de quinze e outro de treze, mas não moram comigo. Moram com o pai e a mãe do pai (avó paterna) desde criança. O pai deles não bebe. Mas ele nem ligam pra mim (choro). (paus) Arlete

-E a Senhora tem contato com eles? Vai visita-los?

Eu vou, mas chego lá eles não ligam pra mim, nem fazem questão, por ele eu morro. Eu não sou feliz minha família não liga pra mim. (choro). As vezes que eu chego lá, eles chegam e sai. Como é que uma mãe é feliz desse jeito? Eles moram lá em São Miguel. Quando eu fui lá visitar minha mãe eu não bebi. As vezes eu tomo uma assim, uma dose, mas quando eu fui lá, tem mais de um ano e eu não tava bebendo assim não. Arlete

A continuidade do discurso de Arlete, ratifica nossa análise quanto a relação de “dependência” do companheiro. Embora ela relate ser, economicamente independente, sendo ela a provedora do lar (e demonstra orgulho ao afirmar isso) invertendo o papel outorgado nas relações de gênero, não possui casa própria, além de não possuir nenhum outro familiar por perto. Portanto há uma dependência social, psicológica, emocional e biológica que a mantém vinculada ao parceiro.

A distancia que mantém da família retrata o rompimento dos vínculos familiares, principalmente pela sua condição de alcoolista, o que contribui para fazê-la refém da situação de dominação, violência e subalternidade em que se encontra. A carência afetiva é expressa, sobretudo ao mencionar os filhos. Depois do choro incontido da entrevistada ao relatar a frustração que sente pelo descaso dos filhos, fizemos uma pausa por alguns minutos para retomarmos o diálogo. Fica explícito na fala da entrevistada que a dependência do álcool a

coloca em uma posição estigmatizada diante dos filhos e da mãe e que isso a deixa emocionalmente abalada e entristecida com a situação.

Quando questionada com relação à família, Daniela diferente de Arlete declara ter uma relação amistosa com o seu único filho adolescente, embora nos aponte a preocupação do garoto com o seu uso abusivo e dependência do álcool, além do incomodo da irmã que não aprova o consumo da bebida pela mesma. A entrevistada também nos revela um comportamento agressivo quando alcoolizada e o prazer que sente em “beber todos os dias”, justificando que cumpre com o papel feminino socialmente estabelecido quando ressalta os afazeres domésticos cumpridos com excelência, argumentando que não deveria ser questionada se cumpre com as atividades a ela outorgadas.

-A senhora tem filhos? E sua família, a senhora tem contato, moram próximos?

Tenho um filho de 17 anos. De manhã ele acorda e vai lá vê se eu to dormindo. Oxe, mais eu saio cedo e vou beber. Bebo porque eu quero e porque eu gosto. Tenho nove irmãos (6 mulheres e 3 homens), eles moram perto. Minha irmã mesmo, todo dia fala, Dani, porque você não para de beber? Mas eu nem ligo, bebo mesmo. Vai lá vê minha casa pra você vê, é tudo limpinho. Hoje mesmo eu disse a ela, eu bebo, mas entre na minha casa pra Você vê. No dia que me chamaram de maluca e eu queria quebrar posto (Posto médico) chamaram a policia e eles chegaram na minha casa e viram tudo limpo, arrumadinho o cara disse assim: É, uma doida dessa até eu queria! (risos) Daniela

O relato da entrevistada reflete a naturalização da “posição ocupada” pelas mulheres na sociedade, ou como nos afirma Bourdieu⁴⁴ (2002 apud SILVA 2013) legitimada considerando a maneira como somos socializados, ratificada pela divisão social do trabalho que atribui diferentes atividades para homens e mulheres, reservando primordialmente o âmbito privado, o “lar”, enquanto espaço pertencente a estas. Essa afirmação pode ser constatada também considerando a fala do policial ao observar o ambiente onde a entrevistada reside.

Quanto ao questionamento se haveria uso de álcool por mais alguém na família, as entrevistadas responderam unanimemente que sim. A entrevistada Matildes descreve a sua composição familiar e relata que a irmã tem contato com o álcool, mas bebem de forma moderada ou como preferiu chamar “socialmente”. Revela ainda que seu casamento de mais de duas décadas passa por uma crise há cinco anos e expõe o consumo diário de álcool pelo seu conjugue, ressaltando que o mesmo não incomoda a família quando faz uso de bebida alcoólica.

⁴⁴ BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2002

- Mais alguém faz uso de álcool na sua família?

*Não para beber ao ponto que cheguei. Tenho nove irmãos (4 homens e 5 mulheres), moram na zona rural, mas tudo vive por perto. Cuido de um que tem epilepsia. Os irmãos homens bebem. As mulheres, só tem uma que bebe. Socialmente! A minha filha tem dezoito anos não toca álcool na boca (Nesse momento tira a foto da filha da bolsa e me mostra. Dava pra ver nos olhos o orgulho com que falava da filha e principalmente por que a filha não tinha contato com o álcool). Já meu esposo, ex, sei lá (risos) bebe todo dia, dia e noite. Mas ele trabalha o dia todo, não abusa. Na verdade estou em processo de separação a 5 anos. Tenho 25 anos de casada, a família dele implicava comigo. Ai eu descobrir que ele tinha um monte de piriguete. Ai um dia ele colocou o dedo na minha cara e me chamou de vagabunda, ai desse dia em diante Eu não quis mais ele. **Matildes***

A ênfase dada por Matilde ao “Socialmente” referindo-se a forma de consumo de álcool da irmã e a perceptível alegria ao afirmar que a filha não se aproxima da bebida, revela a representação negativa que a mesma tem sobre a substância, haja vista que o consumo de álcool por mulheres é socialmente cercado por preconceitos e estigma. O “socialmente” significaria o “aceitável”, o consumo de maneira controlada e que deveria acontecer se possível na esfera privada, considerando assim a discriminação que cerca o consumo de bebida alcoólica por mulheres na contemporaneidade, inclusive se este for classificado como abusivo ou constatado a sua dependência.

Concordamos com Nóbrega e Oliveira⁴⁵ (2005 apud BARBOSA 2008) quando afirmam que a sociedade é bastante agressiva com relação ao alcoolismo feminino, considerando inadequado e imoral o consumo de álcool por mulheres, o que corresponde à diminuição da procura pelo tratamento em consequência dos estigmas atribuídos a essa categoria.

Ao expor a situação de violência verbal que segundo a entrevistada ocorreu uma única vez por parte do seu esposo, sentimos a necessidade aprofundamento da questão a fim de investigar se há ou houve outras situações de violência.

- E ele já chegou a ser agressivo com a Senhora?

*Nos 5 ou 6 anos iniciais ele ficou agressivo, mas ele é doido? Nunca encostou a mão em mim não, ele é doido? Ele é ignorante, bruto. Minha mãe morreu toda entrevada em cima de uma cama, apaixonada por um só. Eu não tenho outro, mas toca ai! Sou dependente de mim, ele nunca me deu uma calcinha. Tenho duas casas que batalhei muito pra ter e hoje ele quer mandar nos meus blocos. Mas agora com esse negocio de justiça é assim, né? Casou, tem que dividir. **Matildes***

⁴⁵ NOBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. **Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa**. Rev. Saúde Pública, vol.39, n.5: 816-823 out. 2005.

Matildes nos revela a agressividade do marido nos anos iniciais da relação e entoa a possibilidade de defender-se sozinha caso houvesse uma tentativa por parte dele de agredi-la. A entrevistada expõe também sua independência financeira diante do conjugue, mas revela a dependência afetiva ao lembrar-se da mãe que “morreu apaixonada por um único homem”.

Partindo para a entrevistada seguinte, ao responder a indagação da entrevistadora, Daniela relembra o suicídio do pai, alcoolista, que tratava a dependência na mesma Instituição que a usuária frequenta atualmente, o Caps ad.

Meu pai. Ele era paciente daqui. Mas ele se matou. Vai fazer um ano que ele se matou. E porque meu pai se matou? Não sei. Tomou chumbinho. Meus irmãos só bebem dia de domingo. Daniela

Também questionada sobre haver na família outras pessoas que faziam uso de álcool, a entrevistada seguinte respondeu:

Sim. Pai, dois irmãos e uma irmã- Adriana

4.7- Estigmatização e Alcoolismo

No que concerne ao alcoolismo e ao alcoolismo feminino compartilhamos do pensamento de Goffman (2004) sobre estigmas, quando afirma ser um conjunto de características depreciativas que reduz o sujeito à condição de inferioridade estabelecida por sujeitos que integram um grupo socialmente aceito. Nesse sentido ao ser considerado incompatível com os atributos do grupo dominante é considerado inadequado para ocupar determinadas posições sociais.

Sobre haver passado por situações de estigmatização por serem alcoolistas as entrevistadas fizeram os seguintes relatos: Adriana afirma já ter sido discriminada por ser alcoolista e atribui a isso o motivo de estar desempregada atualmente.

Sim. Já perdi o emprego por ser alcoolista. Eu era caixa de farmácia. Adriana

Duas das quatro entrevistadas afirmam não ter sofrido discriminação, no entanto Matildes revela que houve um afastamento dos vizinhos nesse período, por não poder ajudá-la, justifica. E Arlete ressalta que só foi aconselhada por amigos e vizinhos.

*Não fui. Mas na minha rua o povo se afastou de mim por não poder me ajudar, acho que era pena. Todo mundo gostava e gosta de mim. Menina, era um negócio tão assim que Eu tremia, ficava ruim, até beber. Quando bebia, passava. **Matildes***

Não. Só me dão conselhos, os vizinhos, os colegas.

Arlete

Goffman (2004) nos apresenta dois tipos de estigmatizados, os “desacreditados e os desacreditáveis”. Ao primeiro grupo pertencem sujeitos cujas características distintivas já são conhecidas ou percebidas de imediato e ao segundo grupo pertencem os sujeitos cujas características não são percebidas imediatamente pelos presentes e o álcool perpassa as duas esferas. Tido inicialmente como um elemento de interação social quando o seu consumo é considerado “tolerável” pode ser o elemento comum de identificação de um grupo, correspondendo, portanto aos “desacreditados”.

No entanto, ao ser percebido no mesmo grupo que um sujeito faz uso abusivo ou é dependente, ele passará a fazer parte do segundo grupo os “desacreditáveis”, pois o uso do álcool feito por ele de maneira exacerbada não tinha sido notado *apriori*. Podemos identificar essa situação nos relatos de Adriana, que perdeu o emprego após sua dependência alcoólica ter sido identificada e no afastamento dos vizinhos de Matildes.

Tratando-se de Daniela, ela não só afirma a situação de discriminação, como explicita a estigmatização dos usuários dos serviços psicossociais. A representação de quem frequenta a instituição esta associada ao imaginário da “loucura” e a própria usuária enxerga como negativa essa comparação.

*Já fui discriminada, já me chamaram de maluca do Caps, mas eu não ligo pras pessoas que me xingam. Eu vou viver minha vida. Eu não sou maluca. **Daniela***

Referindo-se aos estigmas atribuídos à loucura, a pessoa com transtorno mental era marginalizado, excluído e enclausurado por ser considerado uma ameaça à ordem social. O relato da entrevistada demonstra a percepção estigmatizada desses sujeitos permanece na sociedade e representa uma imagem ainda marcada por atributos negativos. Nesse sentido, nem é tanto a condição de ser alcoolista que a preocupa é o fato de ter sido a ela atribuído o status da loucura.

4.8-Alcoolismo e relações de gênero

Indagadas sobre a existência de um julgamento diferenciado por parte da sociedade no que se refere ao homem e a mulher alcoolista, as entrevistas em sua maioria argumentaram haver essa distinção.

Sim. Tem discriminação. Quando Eu vou pra festa, aniversário, casamento, qualquer coisa assim, minhas filhas ficam me vigiando. E Com homem não tem vigilância não! **Adriana**

Sim. O homem pode beber. Os homens são independentes. A mulher é mais frágil, não pode fazer isso. Falam assim: Oh coisa triste, mulher “beba”! As mulheres não podem fazer nada e os homens podem tudo! **Matildes**

Sim. Os homens oferecem bebida pra gente e porque pros homens eles não oferecem? Eu sai agora de manhã mesmo, sem um conto no bolso cheguei no bar, o rapaz falou, Dani, quer tomar uma? Ai colocou e eu bebi e to bebendo até agora. **Daniela**

Observa-se que quando questionadas no que se refere à diferença entre mulheres e homens as entrevistadas tem clareza em identificar sua existência, principalmente reconhecendo o papel hegemônico deste na sociedade, no entanto, há uma dificuldade em identificar qual a sua posição nessa relação, ou mesmo de questionar o porquê desse julgamento se fazer diferente ao ponto delas serem as maiores vitimadas.

O relato de Arlete pode identificar melhor essa análise, quando a entrevistada reconhece a distinção com que são tratados homens e mulheres alcoolistas, embora afirme não ter passado por situação semelhante e justifica sua visão ao fato de possuir um “espaço na sociedade” não devido a sua condição de mulher alcoolista, mas enquanto alcoolista, o que para ela representa certo “privilégio”, como poder comprar a prazo em alguns estabelecimentos comerciais.

Tem gente que sim. Mas Eu, graças a Deus ninguém nunca me tratou diferente não. Tenho conta em mercado e em venda. Mas com mulher é assim: Vixe, como é que uma mulher se rebaixa pra ficar em porta de venda com o copo na mão, bebendo como homem? Com homem não, pro homem tudo combina, pra mulher não. **Arlete**

De acordo com Scott, as relações de gênero são também relações de poder, exercida através dos meios simbólicos e matérias que possibilitarão o acesso a ele. E qual tem sido o lugar da mulher nesse espaço, nessa relação?

A mulher ainda tem estado oposta ao poder, na condição de subalternidade, onde muitas ainda não podem decidir sobre suas vidas, ou se construírem enquanto sujeitos. Embora a luta por esses espaços de poder sejam contínuas é inegável a conquista que as mulheres têm conseguido historicamente tais como, o voto, participação política, inserção no mercado de trabalho, legislações contra a violência, direitos sobre o seu corpo e a sua sexualidade.

No entanto essa não é uma realidade compartilhada por todas as mulheres, muitas vivem sobre o julgo da opressão que as violenta, marginaliza, exclui, estigmatiza sem que ao menos isso seja identificado enquanto uma violência de gênero.

4.9- REPRESENTAÇÃO SOCIAL E ALCOOLISMO

A fim de identificar nesses discursos qual a representação social do alcoolismo na vida dessas mulheres, partimos para questionamentos relacionados a suas identidades. Como elas se veem enquanto mulher e como acham que são vistas socialmente, enquanto mulheres alcoolistas?

Sobre como elas se percebem,

Triste, precisando de apoio, carinho, atenção, feia, gorda e barriguda. Adriana

Adriana se identifica enquanto uma mulher carente de afeto e cujos padrões estéticos não corresponde as suas expectativas.

Para Matildes, o fato de permanecer no tratamento e manter-se em abstinência é motivo de felicidade. Ela atualmente é uma mulher que não se considera mais como alcoolista.

Feliz, depois de tudo que passei, eu sou feliz! Matildes

Arlete se considera debilitada, sobretudo fisicamente pela dependência do álcool aponto de não conseguir nem se alimentar, caso não esteja na instituição. Relata que não

consegue para de “beber” quando inicia e não ingere alimentos. Ela reconhece as mudanças que ocorreram no seu organismo em decorrência disso e se entristece ao falar.

*Eu era bem forte, bem gordona e hoje to neste estado. Não como, me acabei muito. Só como aqui no Caps, por que quando começo a beber Eu não como. Tô só me acabando. Eu to muito diferente do que eu era. É muita diferença. **Arlete***

Daniela também reconhece os malefícios do uso do álcool, principalmente por já ter sido vítima de violência diante da sua condição. Identificar-se enquanto mulher alcoolista significa assumir uma identidade que não condiz com as expectativas relacionadas a mulher e as consequências podem ser as mais diversas possíveis, como a agressão sofrida por ela.

*Eu era bonita, trabalhava, tenho um filho para terminar de cuidar. Eu acho que meu filho não gosta. Eu já fui agredida... aqui oh, essa cicatriz (Aponta para o rosto, mostrando a cicatriz resultante de uma agressão que sofreu). Meu filho disse que tá esperando crescer para pegar o homem que me bateu bêbada. **Daniela***

- E como você acha que é vista pelos outros, enquanto mulher e alcoolista?

Adriana, restringe-se ao âmbito da instituição para explicitar essa visão e demonstra a sua felicidade ao se sentir querida e elogiada. Matildes também expressa também a sua satisfação ao sentir-se querida.

*No Caps, todo mundo me acha bem, bonita, legal. **Adriana***

*Ah, não sei (risos). Mas todo mundo gosta de mim! **Matildes***

Arlete é visualizada enquanto uma mulher fragilizada fisicamente, devido à dependência do alcoolismo. Quanto a Daniela, o ato de “beber” a caracteriza não enquanto alcoolista, mas enquanto “louca”, pelo fato dela ser atendida pelo CAPS ad. Esse é um tipo de identificação que causa incômodo a usuária, que categoricamente enfatiza não pertencer. “loucura”.

*Só dizem que eu to me acabando. Para com isso que você tá sumindo. **Arlete***

*Como maluca. Mas eu não sou maluca! **Daniela***

4.9.1- Acesso ao CAPS ad, permanência e tratamento

Procuramos identificar nesse tópico como ocorreu o encaminhamento das usuárias a Instituição e o que tem sido feito para garantir a sua permanência, assim como tentar identificar se o atendimento acontece considerando as relações de gênero.

Como você ficou sabendo do Caps Ad?

Através do outros Caps. (Caps Nova Vida). Adriana

Eu já conhecia o outro Caps, porque levava meu irmão. Mas foi a vereadora (Fátima) que me trouxe. Eu precisei fazer consulta com o médico de pulmão, por causa do problema da anemia falciforme e quem tava me levando foi a vereadora, aí ela me indicou e me trouxe aqui. Matilde

O acesso de Adriana ocorreu através do Caps II, destinado para atendimentos das pessoas com transtornos mentais. Ao procurar atendimento para sua demanda, foi encaminhada para o CAPS ad. Matilde que também já conhecia os serviços de Atenção Psicossocial do CAPS II por ser acompanhante de um familiar, obteve auxílio político para acesso aos serviços.

Quanto as usuárias, Arlete e Daniela, ambas tiveram acesso ao serviço por intermédio de familiares que eram também usuários da Instituição. Dessa forma conheciam o serviço e foram a ele intergradadas.

Meu marido/companheiro já conhecia o Caps. O povo disse a ele: Por que Tu não leva ela pro Caps? As meninas foram lá (as profissionais da unidade) viram minha situação e abriram minha ficha. Ele frequenta também. É paciente daqui. Arlete

Através do meu pai que vinha aqui. Ele também bebia. Daniela

Quanto aos serviços prestados, foi feito o seguinte questionamento: De que maneira o atendimento do Caps ad tem conseguido te ajudar?

De todas as maneiras. O atendimento psiquiátrico, psicológico tem ajudado. Qualquer necessidade a gente tem apoio aqui. Adriana

O atendimento é ótimo. Já tem um tempo que não bebo mais No dia que decidi parar de beber, disse nunca mais, mas, continuo frequentando o grupo porque quando eu tava ruim precisei do grupo, né? Porque não continuar? E eu não aguento ficar parada, por isso não saio! Eu já tinha noção do que eu estava fazendo

*não era certo, mas eu não tinha controle. Os médicos cada um dizia uma coisa, aí o Caps ajudou nesse sentido, o acompanhamento. **Matildes***

*Conversando, dando conselho pra gente não beber. Me tratam bem. Não me maltratam aqui dentro. **Daniela***

*Ajuda bastante. Eles vão lá quando eu não venho. Eles se preocupam. Semana passada mesmo, Eu tava meio doente, quando vi o carro parou lá na porta. Hoje mesmo quando cheguei me perguntaram: Oh Arlete, Tu veio sozinha? Cadê Tião? Ele sabe que você não pode andar sozinha! **Arlete***

Diferente das outras entrevistadas, Arlete é uma usuária classificada como intensiva, ou seja, a sua dependência exige um tipo de tratamento que a assista no mínimo oito horas por dia. Na instituição é administrada as medicações é fornecido lanches e refeições, além de atividades e grupos que a usuária participa.

4.9.2- O grupo de alcoolistas sobre a perspectiva das relações de gênero

Visando apreender as demandas e especificidades no atendimento prestado as usuárias, foi-lhes questionado quanto a sua participação no principal grupo da instituição direcionado para os alcoolistas, o grupo de Alcoólicos Anônimos - AA, cujas atividades desempenhadas contemplam homens e mulheres. Partindo do pressuposto de que deveria haver na instituição um grupo só de mulheres para que estas fossem melhor acolhidas perante as particularidades femininas que diferenciam-se da masculina, indagamos as usuárias sobre suas percepções a respeito da situação.

O que você acha sobre o grupo de alcoolistas que participa, ser para homens e mulheres?

*Não gosto. Seria melhor se fosse grupo só de mulheres. Os homens não são só bebida não, eles usam outras coisas também. **Adriana***

E a senhora já falou com algum dos profissionais do Caps sobre essa insatisfação?

*Já, mais isso foi há um tempo atrás. Agora eu não falo mais não! **Adriana***

É melhor um grupo só de mulheres, os homens conversam demais. Às vezes a gente quer conversar e eles não deixam. Daniela

Para as entrevistadas Arlete e Matildes, não há nenhum problema quanto à participação no grupo com os demais usuários.

Acho normal. Eles não são assim agressivos. Depois do grupo tem pirulitos, salgadinho, suco. As vezes a gente fuma (cigarro) lá no fundo (espaço aberto que se encontra atrás do CAPS) todo mundo junto. Um dá cigarro ao outro. Arlete

Não vejo diferença ou problema não. A gente tá ali ouvindo as ideias que os homens falam e eles a que a gente fala. Matildes

4.9.3 - Alcoolismo, realizações pessoais e profissionais:

Visando compreender as repercussões e impactos na vida das usuárias, as indagamos quanto aos seus sonhos e se o consumo do álcool pode atrapalhar sua realização?

Sim. Ser Psicóloga. Parei de estudar porque a bebida interferiu. Eu fazia o curso de técnica de enfermagem. Foi quando eu tava no pré-estágio. Foi na época que eu fiquei desempregada. Ai juntou bebida mais falta de dinheiro, acabei desistindo. Adriana

Sim. (não revelou qual) Se continuasse (a beber), o álcool atrapalharia essa realização, pois ele atrapalha tudo que você sonha! Matildes

Já perdi muita coisa. Perdi minha casa, um terreno, depois comprei outro. Minha mãe só puxava o saco das outras (irmãs) Queria abrir uma conta pra mim, mas fico até com medo, por que todo dinheiro que pego é para destruir. Arlete

Reconquistar um emprego. Eu tinha um e perdi. Todo mundo sabe que bebo. Quem vai querer me contratar? Eu bebi no emprego, ai não trabalho mais lá. Eles me chamam agora pra trabalhar um dia, sou diarista, eu vou lá trabalho, pego meu dinheiro e depois gasto todo de cachaça. Daniela

É unanime entre as entrevistadas a representação negativa do álcool. Elas o consideram como fator responsável por impedi-las de algumas realizações pessoais, além de interferir na sua vida profissional. Fica evidente que assumir a identidade de mulher alcoolista afirmando sua dependência teve como consequência para Adriana e Daniela a perda do

vínculo empregatício e para Arlete a perda da casa própria, algo que elas sonham em reconquistar, embora reconheçam a dificuldade perante a dependência.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da pertinência das discussões contemporâneas sobre drogas e gênero destacando as implicações do uso abusivo e dependência de tais substâncias terem repercussões diferenciadas para homens e mulheres considerando as relações que transformaram as diferenças entre os sexos em situações de desigualdade, compete a mulher o ônus dessa relação. Partindo desse princípio problematizamos as questões referentes ao uso abusivo e dependência do álcool por mulheres a fim de apreender as representações e os estigmas que permeiam tal realidade.

No que se refere ao consumo de drogas, a relação da humanidade com a substância é milenar e inúmeras culturas e civilizações faziam uso de substâncias psicoativas e estimulantes, em rituais festivos e religiosos de forma livre e indiscriminada. O proibicionismo em torno da questão é contemporâneo, data do século XIX e responde aos interesses políticos e econômicos da sociedade brasileira. Nesse sentido existe a separação de drogas lícitas (alcoolismo, tabaco) e ilícitas (maconha, crack, etc;) havendo permissividade para o consumo da primeira categoria e criminalização e repressão com relação à segunda. No entanto, ressaltamos que a estigmatização e discriminação dos usuários ocorrem nos dois casos.

Parte desse ponto nossa problematização entre drogas e relações de gênero considerando que as diferenças entre homens e mulheres baseadas no sexo originaram as desigualdades de gênero perpetuadas na esfera social de forma hierarquizada, reservando ao homem um lugar hegemônico e uma posição de subalternidade e opressão no que concerne a mulher. No entanto, compartilhamos das reflexões de Scott (1990) e Saffioti (2004) para desnaturalizar essas concepções através da conceituação de gênero, oferecendo assim subsídios para uma análise relevante sobre tal problemática. De acordo com autoras o gênero surge enquanto uma categoria de análise dessas relações sociais, visando explicá-las para além do caráter biologicista e sim enquanto um construto social que constrói a representação do ser homem e ser mulher na sociedade, estabelecendo previamente os seus “papeis sociais”, desconsiderando a construção subjetiva de suas identidades e moldando os seus comportamentos e condutas através dos códigos morais e sociais.

A construção da mulher enquanto dominada-explorada nessa relação leva a marca da opressão e os preconceitos e estereótipos atribuídos a elas com base nas diferenças percebidas são transformadas em abismais desigualdades de gênero.

Nesse sentido, concordamos com Scott(1990) quando a autora afirma ser o gênero uma forma primaria de dar significado as relações de poder que vão moldar as organizações concretas e simbólicas da vida social.

Os discursos que legitimam a dominação-exploração da mulher tentam justificar entre outras coisas as inúmeras violências praticadas contra ela. E esses discursos quando interiorizados permitem a reprodução das praticas perversas de opressão que apresentam um impacto, sobretudo no processo saúde-doença desse contingente, a medida que as inúmeras situações a que são submetidas, segundo Saffioti(2004), são responsáveis pelo surgimento de inúmeras patologias tais como depressão, e o consumo seguido da dependência de substancias psicoativas , assim como, o surgimento de transtornos mentais que poderão acometer as mulheres expostas a essas situações.

No que se refere à relação estabelecida entre mulheres e drogas, enfatizamos o consumo de álcool que embora minoritário se comparado aos homens, é significativo para se promover uma análise a respeito e proporcionar uma maior visibilidade sobre a questão. A dependência do álcool por mulheres é representada de maneira diferenciada com relação ao publico masculino, haja vista que ao homem cabe a permissividade do consumo sobretudo em locais públicos e a mulher o duplo preconceito e discriminação, por ser mulher e alcoolista, não correspondendo ao que socialmente se espera de um ser construído para executar as funções de “menina, mulher, mãe e esposa” e cuja dependência transgride o comportamento aceitável e moral no âmbito da sociedade, sobretudo a brasileira, extremamente machista e patriarcal.

Para fins de comprovação de tal realidade, o estudo realizado com mulheres alcoolistas atendidas no Caps Ad, cujas análises partiram de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos sujeitos pesquisados, possibilitou a constatação das diferenças existentes no consumo de álcool entre homens e mulheres com base nas relações de gênero que apresentou um quadro de mulheres em situação de violência, fragilidade emocional e dependência afetiva de homens que as oprime, subjuga e provoca o seu sofrimento psíquico.

As entrevistas revelaram a percepção das usuárias sobre as diferenças existentes entre o homem e a mulher alcoolista devido à naturalização do consumo masculino e o julgamento moral do “beber” feminino. As entrevistas revelaram a estigmatização que as mesmas sofrem pela dependência do álcool e por frequentar os serviços de atenção os usuários de álcool e

outras drogas como o Caps, pertencente ao âmbito da saúde mental, haja vista que assumir a dependência é assumir a identidade de mulher alcoolista e não corresponder as expectativas da sociedade quanto ao cumprimento dos papéis sociais a ela historicamente estabelecido, comprovado através do rompimento ou fragilização dos laços familiares e sociais.

O relato das entrevistas revela a estigmatização do alcoolismo por parte da própria família, mãe, irmãos, filhos, que cobram uma “conduta” coerente com os padrões sociais designados a mulher e o uso abusivo ou dependência do álcool rompe com isso.

A figura patriarcal do opressor é muito presente na fala dessas mulheres, assim como a perpetuação da violência, iniciada na infância pelo pai e vivenciada hoje através das agressões provocadas pelos conjugues evidenciando a continuidade da situação de vulnerabilidade a que são submetidas. A representação do alcoolismo para as entrevistadas é de negatividade, haja vista que sua associação está relacionado à perda de emprego, afastamento de familiares e amigos além da violência.

No que concerne às formas de tratamento e acesso ao serviço, às entrevistadas relatam a importância do acolhimento e da atuação profissional adequado as suas demandas. Quanto ao acesso, esse ocorreu via atendimento clínico e conhecimento prévio da instituição pela frequência de parentes ou familiares usuários de álcool atendidos na unidade. Referente ainda a questão de gênero, os serviços ofertados ao público feminino não se pautam por esse viés, os grupos existentes na instituição do qual participam são para homens e mulheres, o que divide a opinião das usuárias ao transparecer a necessidade de haver um grupo só para mulheres para umas, ao mesmo tempo em que não são percebidas necessidades significativas para outras.

O que se percebe é que há por parte das entrevistadas a compreensão das diferenças existentes entre o alcoolismo feminino e masculino, no entanto, não há um questionamento ou reflexão destas que as faça identificar as relações de gênero imbricadas nesse cotidiano de desigualdade. Dessa forma evidencia-se a necessidade dos serviços destinados a atenção aos usuários de álcool e outras drogas inserir essas questões para fins de empoderamento dos sujeitos sociais, desmascarando a realidade perversa da construção social do gênero no estabelecimento do status quo de mulheres em posições sempre inferiorizadas com relação aos homens e submetidas a violências naturalizadas.

6-REFERÊNCIAS

ALZUGUIR, Fernanda Carvalho Vecci. **Moralidade, Vergonha e doença: A carreira moral de homens e mulheres alcoólatras**. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ. Instituto de Medicina Social, 2010.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARBOSA, L.C. **“O fundo de poço pode se transformar em fundo de posso!”: trabalho com grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de redução de danos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.teses.ict.fiocruz.br>. Acesso em: 30. Out. 2014.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo**. v. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRITES, Cristina Maria. **CFESS: Manifesta Dia Internacional de Combate as Drogas**. Brasília: CFESS, 2011.

BRITES, Cristina Maria. **CFESS Manifesta Dia Internacional de Combate as Drogas**. Brasília: CFESS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.– (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

_____. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>> Acesso em: 31 de setembro 2014

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei n. 11.340, de 7 de Agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 de agosto de 2006

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial. Brasília – DF Nº 247 – 26/12/11 – Seção 1 - p.230. Ministério da Saúde.

BRÁS, Ana Carla Damasceno “**Fazendo a cabeça**”: estudo da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus – Cachoeira, 2012

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Projeto **Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** Rev. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2004. Encontrado em <<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>> Acesso em: 03. Set.2014.

BECKER, Howard S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRIDA, Dayane Oliveira. **A Inserção do Serviço Social no Trabalho com Alcoolistas e suas Famílias no Centro de Atenção Psicossocial I do Município de São Joaquim/SC.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

CARVALHO, Larissa Tavares de, PASSOS. Raquel Gouveia. **Novas roupagens em velhas práticas: Uma análise da inclusão social do usuário de saúde mental do município de Franca – SP.** XII Encontro Nacional De Pesquisadores em Serviço Social . Rio de Janeiro. 2010

CARLOTO, Cássia Maria. **O Conceito de gênero e sua importância para análise das relações sociais.** Rev. Serviço Social em Revista. n.2, v. 3. 2010. Disponível em:<<http://revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm>> Acesso em: 10. Out.2014

CESAR, B. A. L. O Beber Feminino: **A Marca Social do Gênero Feminino no Alcoolismo em Mulheres.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. ENSP/FioCruz, 2005.

CFESS. **Atribuições privativas do (a) Assistente Social em Questão.** Brasília/DF, 2002.

CFESS/CRESS. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. In: **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Encontrado em<<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>> acesso 03 de setembro de 2014.

DEVERA Disete e COSTA-ROSA, Abílio da. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. Disponível em: <<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>> Acesso em 18.Set.2014

ELIAS, Norbert e SCOTSON, John” Introdução: “**Ensaio teórico sobre as relações estabelecidos-outsiders**”& “1. Considerações sobre o método”: Os estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. Pp19-60) .

FACCIO, Gilvane. **Alcoolismo:Um caso de Saúde Publica. Uma Revisão Bibliográfica Sobre a Dependência do Álcool no Brasil.** Especialização em Saúde Publica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Medicina Social. Porto Alegre: 2008. Disponível em: <<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15412/000678030.pdf?sequence=1>>> Acesso em: 03. Nov.2014

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes.** São Paulo: Globo, 2008.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W, e GASKELL, George. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Petrópolis: Vozes, 2008.

GOFFMAN: E. **A representação do eu na vida cotidiana.** 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

GOFFMAN Erving. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução: Mathias Lambert. Digitalização: [1891] 2004.

GOFFMAN Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HEIDRICH, Andreia Valente. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** - Tese (doutorado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <<http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144>> Acesso em: 18. Out.2014.

IBGE. **Dados sobre o município de Santo Antonio de Jesus – BA.** Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 20. Out. 2014

IBGE. **Histórico de Santo Antonio de Jesus – BA.** Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 20. Out. 2014

Louro, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **Pedagogias da sexualidade.** Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 2ª Ed. Autêntica: Belo Horizonte, 2000.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.**

MESQUITA, José Ferreira de. et al. **A reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental.** XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf> Acesso em: 30 Set.2014

MINAYO, M. C. De S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo, 1996. 269p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

NANJARI, Cecilia Castillo. **Gênero como categoria de análise para desvendar a violência contra as mulheres: um desafio para a educação teológica.** Revista Caminhando v. 14, n. 2, p. 141-151, jul/dez. 2009

NETO, Otavio Cruz. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade** Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecilia de Souza Minayo (Org). Petropolis, Rj/: Vozes, 2009

NETO, Francisco Sergio de Almeida.et.al. **Relações de Trabalho e Gênero: Aspectos da Desigualdade no Mercado de Trabalho Brasileiro.** VIII Encontro Anual de Pesquisadores em Gestão Social. – Cachoeira, 2014. Disponível em:<<<http://anaisenapegs.com.br/2014/dmdocuments/2636.pdf>>> Acesso em 03. Nov.2014

NOGUEIRA, Maria Sonia Lima. **Representações Sociais da Política de Saúde Mental: Visões e pratica dos profissionais de um CAPS.-**Fortaleza:EdUECE, 2010.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde Mental: Sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita.** Sobral: Edições Uva. 2000.

OLIVEIRA, Áunea Cibelle de. Et.al. **As “Práticas Terapêuticas” Ou “Serviço Social Clínico”: Uma Retomada Das Ideias Conservadoras na Profissão.** Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais – Fits. Maceió - v. 1. n.1 - p. 23-30. Nov. 2012

PEREIRA, Maria Odete; VARGAS, Divane; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 9-16, abr. 2012. ISSN 1806-6976. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49597>>. Acesso em: 03 Out. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i1p9-16>.

PINTO, Célia Regina Jardim. **Feminismo, História e Poder**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010 Aprovado em 10 de dezembro de 2009. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/03.pdf>>> Acesso em: 20. Out.2014.

PRADO, Juliana de Almeida. **Depressão, álcool e gênero: levantamento epidemiológico no Município e Região Metropolitana de São Paulo**. Programa de pós-graduação em Saúde Mental. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Ribeirão Preto – SP, 2010. Disponível em: <<<http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/Dissert-Juliana-de-Almeida-Prado.pdf>>> Acesso em:12. Set.2014

REIS, Tatiana Rangel. **“Fazer em grupo o que eu não posso fazer sozinho”: indivíduo, grupo e identidade social em Alcoólicos Anônimos**. - Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. xii, 442f. Tese (Doutorado em Serviço Social)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2007.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**.São Paulo: Cortez. 2008.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

SANTANA, Vagner Caminha e BENEVENTO, Claudia Toffano. **O Conceito de gênero e suas representações sociais**. Revista Digital. Buenos Aires, Ano 17, Nº 176. Janeiro de 2013. Disponível em <<<http://www.efdeportes.com/efd176/o-conceito-de-genero-e-suas-representacoes-sociais.htm>>> Acesso em: 22. Out. 2014

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1177-1182. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>>> Acesso em 29. Set. 2014

SILVA, Marcus Vinicius. **Serviço Social na Saúde: Análise das atribuições do assistente social numa Unidade Hospitalar**. XII Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social. 2010

SILVA, Antônia Eudivânia de Oliveira. Repensando os entraves à participação política feminina com Pierre Bourdieu. **Anais do Seminário Internacional Fazendo gênero 10 desafios atuais dos feminismos**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. <http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/site/anaiscomplementares>

SILVA, Priscila de Lima. **As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento**. 2007. 201f. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. http://www.pospsi.ufba.br/Priscila_Silva.pdf.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 9ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral a saúde da Mulher: Uma Análise de Integralidade e Gênero.** Rev. Serviço Social, Brasília. v.10, n. 22. P.161-182, Jan/Jun.2008.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve história do feminismo no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1999.

TORRÃO FILHO, Amílcar. **Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam.** Cadernos Pagu (24), janeiro-junho de 2005, pp.127-152. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a07.pdf>.> Acesso em: 20.Out.2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

WEEKS, Jeffrey. O Corpo e a Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **Pedagogias da sexualidade.** Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 2ª Ed. Autêntica: Belo Horizonte, 2000.

7- APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: Representação social e estigmatização do alcoolismo: Uma análise a partir da perspectiva das relações de gênero

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB
Coordenação de Serviço Social.

Eu _____, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa como o título acima citado que tem como objetivo principal compreender os impactos das drogas ilícitas junto a juventude do município de Santo amaro da Purificação no Estado da Bahia e o papel da educação na prevenção.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Cachoeira, ____/____/20____.

Participante - Assinatura: _____

Nome completo: _____

Pesquisador - Assinatura: _____

Nome completo: _____