

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIA DAS GRAÇAS BORGES DA SILVA

O BEBER FEMININO: O OLHAR DAS MULHERES

RECIFE

2019

MARIA DAS GRAÇAS BORGES DA SILVA

**O BEBER FEMININO:
O OLHAR DAS MULHERES**

**RECIFE
2019**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586c Silva, Maria das Graças Borges.
Compreendendo o consumo de bebidas
alcoólicas: o olhar das mulheres / Maria das Graças
Borges Silva. - Recife: [s.n.], 2019.
194 p.: il., graf., tab.; 30 cm

Tese (doutorado em saúde pública) - Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

Orientadora: Tereza Maciel Lyra; coorientador:
George Tadeu Nunes Diniz.

1. Mulher. 2. Consumo de Bebidas Alcoólicas.
3. Medição de risco. 4. Conhecimentos, Atitudes e
Prática em Saúde. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Diniz,
George Tadeu Nunes. III. Título.

CDU 614

MARIA DAS GRAÇAS BORGES DA SILVA

**O BEBER FEMININO:
O OLHAR DAS MULHERES**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 9 de maio de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a DRA. TEREZA MACIEL LYRA
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Prof.^a DRA. NAÍDE TEODÓSIO VALOIS SANTOS
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Prof.^a. DRA. IRACEMA DA SILVA FRAZÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM /UFPE

Prof.^a. DRA. MARIA DE FÁTIMA DE SOUZA SANTOS
CENTRO DE PSICOLOGIA/ UFPE

Prof.^a. DRA. MARIA DO SOCORRO VELOSO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA/ UFPE

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães e ao Programa de Doutorado em Saúde Pública, por proporcionaram a oportunidade de ampliar meus conhecimentos e aprimorar minha experiência em pesquisa.

A minha orientadora e amiga, **Tereza Maciel Lyra**, pela orientação precisa, porém, sobretudo, por ter acreditado no meu trabalho e por compartilhar de tanto conhecimento.

Ao co-orientador. **George Tadeu Nunes Diniz**, pela riquíssima orientação, os ensinamentos, a paciência, e o empenho para que pudéssemos desenvolver um bom trabalho.

Às Professoras **Naíde Teodório** e **Iracema Frazão** pelas cuidadosas e relevantes pontuações durante o processo de qualificação do projeto, compartilhadas e expostas com delicadeza. E agradeço em especial a professora **Fatima Santos** que contribuiu no meu processo de aprendizagem sobre a Teoria das Representações Sociais que fez toda a diferença na tese.

À Secretaria Municipal de Saúde do Recife, ao Distrito Sanitário IV e à coordenação do Programa da Saúde da Mulher, pelo apoio e por permitirem a realização deste estudo. Mas especialmente a **Luciana Pinheiro** por seu empenho, ajuda, acolhimento, carinho e dedicação, os quais me forneceram suporte e facilitaram o desenvolvimento do meu trabalho

As equipes das ESF, pela disponibilidade para auxiliar na construção do conhecimento científico, pelo acolhimento e abertura de suas portas, tornando possível a realização desta pesquisa. Sobretudo a agente de saúde **Tetê**.

Agradeço também a minha equipe de trabalho da Unidade de Acolhimento Celeste Aída Chaves, por este tempo em que trabalhamos juntos, pela compreensão da minha ausência, pelo carinho e principalmente o apoio que foi e é muito importante para mim. A todos os professores doutorado, doutores do conhecimento, que com características singulares contribuíram de formas diversas, permitindo um diálogo entre os diferentes saberes.

À Secretaria Acadêmica e à biblioteca do Aggeu Magalhães, em especial a **Rivaldete Soares** e **Márcia Jussara**

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

As minhas amigas **Daniela Lucio, Sophia Scaff, Nayara Cybelle e Cybelle França**, pela assessoria diante dos recursos tecnológicos, pela paciência, por muitas vezes tirá-las de casa a qualquer hora e dia.

A todas as minhas amigas e amigos, que colecionei durante a vida, mas em particular a **Alessandro Araújo e Joselice Silva Pinto**

Agradeço de forma especial aos ternos e preocupados olhares que foram a mim lançados pelos meus queridos filhos **Diogo Borges e Tulio Borges** que contribuíram em todas as etapas deste processo, e se solidarizando com as conquistas e dificuldades encontradas no caminho. E aos meus amados netos **Gabriela Borges e Júlio Borges**, mesmo tantas vezes não compreendendo bem os trâmites que compõem um doutorado, mas acompanharam cada passo meu.

Aos meus pais eterno **Antônio Soares e Marina Borges**, pelo ensinamento de vida, de humildade, de respeito, de família entre outros.

A todas as mulheres e as **Marias** que graciosamente deram seus depoimentos e enriqueceram este estudo. E por fim, gratidão a **Nossa Senhora das Graças** por essa conquista.

Maria vida

*Sou a Maria vida
Vida de dor e alegria*

*Hora calma
Hora arredia
Não sou é de muito lamento
Se tá ruim eu reinvento
E vivo minha vida Maria*

*A vida é um enigma
E dela eu pouco entendo
Um pouco aqui, outro ali
A cada dia aprendendo
Fazendo minhas escolhas
Assim eu vou é vivendo*

*A vida é cheia de encantos
E também seus desencantos
Nela vivi muitas dores
E também grandes amores
Na vida tudo faz parte
Dores, amores e arte*

*Da vida eu gosto é demais
Pra ela meu melhor sorriso
Corro é atrás dos meus sonhos
E todos eu concretizo
Faço o melhor que eu posso
Com isso me realizo*

Mauricéa Santana

SILVA, Maria das Graças Borges. **O beber feminino: o olhar das mulheres.** 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Introdução: pesquisas apontam o crescimento do uso abusivo de álcool nas mulheres ao nível internacional e nacional. Este uso abusivo gera danos na vida social, psicológica e biológica. Analisar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Recife, frente às suas representações sociais do consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Estudo exploratório descritivo, utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa. Abordagem quantitativa amostragem 864 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, usou questionário sociodemográfico e o teste de identificação de problemas relacionado ao uso de álcool. Abordagem qualitativa norteada pelo referencial teórico metodológico das Representações Sociais e foi representada por 9 mulheres classificadas ao nível de risco pelo consumo de álcool e usou entrevista semiestruturada que é uma das estratégias de escolha mais comum para trabalhar as representações sociais e por fim (análise) integrado dos dados obtidos nas duas abordagens da pesquisa. Os resultados apontaram que 57,9% não bebe classificadas sem risco e 41,9% bebe classificadas em padrões de risco. Destas, 23,7% bebe de baixo risco, 11,9% bebe de risco médio e 6,3 % bebe de alto risco e predominantemente mulheres jovens. As classificadas de baixo risco o significado do uso abusivo de álcool, representou prazer e festividade e que não existe problema deste consumo; já as classificadas em médio risco e de alto risco o significado representou prazer e sofrimento, alegaram não ter danos relacionados ao consumo abusivo. Mesmo diante de alguns prejuízos vividos tais como, apagão, quedas, sexo desprotegido, pancreatite aguda e ansiedade. O álcool foi ancorado não sendo droga por todas as participantes. Os resultados revelaram elevada prevalência do padrão de consumo de risco nas participantes, recomendamos intervenções preventivas, educativas e redução de danos voltadas ao beber feminino nos serviços da Atenção Básica à Saúde.

Palavras-chave: Mulher. Consumo de Bebidas Alcoólicas. Medição de risco. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

SILVA, Maria das Graças Borges **Female Drinking: The Look of Women.** 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Introduction: research points to the growth of alcohol abuse in women at the international and national levels. This abusive use damages social, psychological and biological life. To analyze the pattern of consumption of alcoholic beverages in women enrolled in the Strategy of Health of the Family of Recife, against their social representations of the abusive consumption of alcoholic beverages. Descriptive exploratory study, using quantitative and qualitative approaches. Quantitative approach sampling 864 women aged 18 years or over, used a sociodemographic questionnaire and the test for identifying problems related to alcohol use. Qualitative approach guided by the theoretical methodological referential of Social Representations and was represented by 9 women classified at risk level by alcohol consumption and used a semi-structured interview that is one of the most common choice strategies to work with social representations and finally (analysis) integrated of the data obtained in the two approaches of the research. The results showed that 57.9% did not drink without risk and 41.9% had babies classified as risky. Of these, 23.7% drink at low risk, 11.9% drink at medium risk and 6.3% drink at high risk and predominantly young women. Those classified as low-risk the meaning of abusive use of alcohol, represented pleasure and festivity and that there is no problem of this consumption; already those classified as medium risk and high risk the meaning represented pleasure and suffering, claimed no harm related to abusive consumption. Even with some losses such as blackouts, falls, unprotected sex, acute pancreatitis and anxiety. Alcohol was anchored not being drug by all participants. The results revealed a high prevalence of the pattern of risk consumption in the participants, we recommend preventive, educational and harm reduction interventions for female drinking in Primary Health Care services.

Keywords: Woman. Consumption of Alcoholic Beverages. Risk Measurement. Knowledge. Attitudes and Practice in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT	Teste de identificação de problemas relacionada ao uso de álcool
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVAI	Anos de vida ajustados por incapacitação
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS -ad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CpqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DS	Distrito Sanitário
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LENAD	Levantamento Nacional sobre o Uso de álcool e Drogas
MS	Ministério da Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
RS	Representações Sociais
PAISM	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
TIB	Triagem e Intervenção Breve
TRS	Teoria das Representações Sociais
OMS	Organização Mundial de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento para usuário de dependência química
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substância Psicoativa
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Os Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.....	63
Quadro 2 – Distribuição das famílias cadastradas no DS-IV estratificado por sexo e faixa etária em 2014 - Recife.....	78
Quadro 3- Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT.....	80
Quadro4- Objetivos, roteiros e classificação do Plano de análise dos dados	84
Quadro 5 – Classificação dos nomes de MARIAS escolhidos pelas entrevistadas e seus significados	84
Quadro 6- O Significado Natural das Unidades e seus Temas Centrais.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das respostas das questões 1,2 e 3 do Teste AUDIT das participantes. Recife (PE), 2017.....	89
Tabela 2 - Distribuição das respostas das questões 4, 5 e 6 do Teste AUDIT das participantes. Recife (PE), 2017.....	90
Tabela 3 - Distribuição das respostas das questões 7,8,9 e 10 do Teste AUDIT das participantes. Recife (PE), 2017.....	91
Tabela 4 – Avaliação quanto ao comportamento da distribuição das mulheres classificadas nas zonas 3 “alto risco” e 4 “dependência” em relação a idade, escolaridade, religião, composição da família e chefe da família. Recife (PE), 2017.....	92
Tabela 5 – Perfil sociodemográfico e o grau de risco no uso do álcool nas mulheres estudadas na ESF (n=864) Recife, PE, Brasil ,2017.....	93
Tabela 6 – Avaliação quanto a idade, religião, estado civil, escolaridade, economicamente, residência, composição da família e chefe da família associadas ao risco (razão de chances) do uso abusivo do álcool por mulheres atendidas na unidade da saúde em 2017 na cidade do Recife.....	95
Tabela 7 – Modelo de avaliação da vulnerabilidade das mulheres, relatado através da idade, religião, escolaridade, economicamente e chefe da família associadas ao risco (razão de chances) do uso abusivo do álcool por mulheres atendidas na unidade da saúde em 2017 na cidade do Recife.....	96
Tabela 8 — Prevalências e associação da resposta da Q1 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	99
Tabela 9 – Prevalências e associação da resposta da Q2 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	100
Tabela 10 – Prevalências e associação da resposta da Q3 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	101

Tabela 11 – Prevalências e associação da resposta da Q4 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	103
Tabela 12 – Prevalências e associação da resposta da Q5 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	104
Tabela 13 – Prevalências e associação da resposta da Q6 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	105
Tabela 14 – Prevalências e associação da resposta da Q7 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	107
Tabela 15 – Prevalências e associação da resposta da Q8 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	108
Tabela 16 – Prevalências e associação da resposta da Q9 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	109
Tabela 17 – Prevalências e associação da resposta da Q10 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.....	110

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 O BEBER FEMININO.....	27
3.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM MODO PARA COMPREENDER OS FENÔMENOS.....	27
3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DIANTE DO BEBER FEMININO	39
3.3 O ÁLCOOL NO ORGANISMO FEMININO.....	47
4 AMPLIANDO O OLHAR EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	53
4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	53
4.2 DESAFIO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA PERANTE O CONSUMO DE ÁLCOOL	62
4.3 O OLHAR SOBRE A SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	66
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	76
5.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM	76
5.2 LOCAL DE ESTUDO	77
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	79
5.4 DESENHO DE ESTUDO E COLETA DOS DADOS.....	79
5.4.1 Detalhamento da Abordagem Quantitativa	79
5.4.1.1 <i>Instrumentos de coleta de dados</i>	80
5.4.2 Detalhamento da Abordagem Qualitativa	82
5.4.2.1 <i>Instrumento de coleta de dados</i>	83
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	87
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	88
6.1 AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE MULHERES	88
6.2 O SIGNIFICADO DO CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE MULHERES.....	117
6.2.1 Dimensão Afetiva	120
6.2.2 Dimensão de Condutas	124
6.2.3 Dimensão do Social	134
6.3 O GRITO DO BEBER FEMININO: PRESENTE.....	152
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
REFERÊNCIAS	171
APÊNDICE A - QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO	187

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	192
ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	193

1 INTRODUÇÃO

“Doutor, se me deixar tomar essa tequila, prometo que não vou beber no meu funeral”
(Frida Kahlo)

Estudos epidemiológicos nos âmbitos internacional e nacional apontam crescimento do número de mulheres consumidoras de drogas psicotrópicas, sobretudo do álcool. Além de apontarem o aumento expressivo de mulheres com consumo abusivo de álcool, este consumo gera danos sociais, psicológicos e biológicos na vida da mulher (BRASIL, 2017; CÉSAR, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

O álcool é uma droga psicotrópica com efeito bifásico, ou seja, logo após ser ingerida causa uma aparente estimulação que se segue de um efeito depressor que causará lentificação e diminuição dos reflexos. O uso de álcool causa prejuízo nas funções cognitivas que requeiram memória e julgamento (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). O álcool é a droga mais consumida no Brasil e no mundo e com início cada vez mais precoce (BRASIL 2017; CARLINI et al., 2007; GALDURÓZ et al., 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

O uso de bebida alcoólica, é parte integrante do cotidiano social das pessoas nos tempos atuais e o seu passado se confunde com a própria história da humanidade. O motivo de o álcool ser encarado de forma diferenciada, quando comparado às demais drogas, é que essa substância é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo legalizado e, não raro, incentivado pela sociedade (LAPATE, 2001).

O consumo de álcool tem repercussões na dimensão individual e na dimensão social. No plano individual fornece estimulação e alívio para condições emocionais adversas, alterando estados de consciência. No plano social facilita rituais, cerimônias religiosas e festividades, integrando o ato social (LAPATE, 2001).

César (2006) e Bauer (2004) afirmam que a utilização de bebida alcoólica deve ser vista não só com possibilidade de fuga de uma realidade desagradável, além de produzir uma sensação de prazer e relaxante, o que torna seu consumo abusivo ainda mais complexo. O que preocupa, e desafia os estudiosos do assunto e os gestores de políticas de saúde, é a ingestão abusiva que acarreta danos não só para o indivíduo que bebe, como para as pessoas que o cercam e para a sociedade, em geral (SILVEIRA et al., 2008).

Percebemos, contudo, que a mulher sente pouco é considerada nesta realidade em relação ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas. César (2006), Nóbrega e Oliveira (2005)

argumentam que por muito tempo o uso abusivo de álcool era aceito como prática natural apenas para indivíduos do sexo masculino. Já as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas abusivamente carregavam consigo o estigma da sociedade, que as relacionavam com comportamentos promíscuos que não condiziam com seu papel de mulher. Tal situação ainda hoje perpétua, embora um pouco atenuada devido às mudanças culturais, ao movimento de emancipação e às conquistas do papel da mulher na sociedade.

O consumo de álcool envolvem também a questão de gênero. Há diferenças conhecidas entre homens e mulheres, em relação à quantidade e ao modo como eles bebem, além das consequências sociais e de saúde que acarreta (REHM et al., 2004). Devido a fatores biológicos, a mesma quantidade de álcool consumida por uma mulher e por um homem de mesmo peso, produzirá concentração de álcool mais elevada no sangue da primeira. Ademais, as mulheres são mais propensas do que os homens a sofrerem não só as repercussões diretas de seu próprio consumo, mas também consequências danosas do comportamento relacionado ao consumo de álcool por seus parceiros, incluindo a violência doméstica, estupros, acidentes de trânsito e maior intolerância social (ROOM et al., 2002).

O conceito do consumo problemático de álcool tem sido utilizado nos últimos anos para descrever dois fenômenos distintos. Primeiramente, é usado para descrever um padrão de consumo que ocorre durante um período prolongado. Esse é o conceito ‘clássico’, ligado às definições clínicas da doença do alcoolismo, ou seja, a dependência do álcool (FORTNEY et al., 2005). Em segundo lugar, o uso abusivo de álcool é usado para descreve uma sessão única de consumo que conduza à intoxicação, geralmente definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião para os homens ou quatro ou mais doses para as mulheres, sem considerar a frequência desse padrão de consumo (BERRIDGE; HERRING; THOM, 2009; SILVEIRA et al., 2008).

Essa última definição, denominada internacionalmente como “*binge drinking*” ou uso pesado episódico do álcool, foi criada a partir de evidências científicas de que, acima dessas quantidades, o indivíduo tem maior risco de apresentar problemas relacionados ao álcool (SILVEIRA et al., 2008). Concebe-se como uma dose de bebidas contém 14g de álcool puro. Exemplo uma lata de cerveja (350 ml) corresponde uma dose ou uma taça de vinho (140ml) (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Babor e Higgins-Biddle (2003) apontam que podem ser identificados os problemas ocasionados pelo uso de álcool tanto pelas definições e os critérios, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (1995) ou àqueles adotados pela

Organização Mundial da Saúde (2010), na versão de sua Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Vale citar que já foi elaborado o CID-11 encontrasse em frase de implantação.

Advertimos que o CID-10, o termo uso nocivo é utilizado para designar dano físico ou mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010), enquanto no DSM-IV é utilizado o termo abuso, que engloba as consequências sociais, psicológicas e biológicas. Neste estudo utilizou o uso abusivo de álcool entre mulheres.

Barbosa et al. (2011) define a dependência do álcool como um padrão de consumo constituído por um conjunto de fenômenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que pode desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrole sobre o seu uso, continuação do consumo independentemente das consequências, alta prioridade dada ao consumo em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (CEYLAN-ISIK ; MCBRIDE ; REN ,2010).

Assim sendo, a diferença entre o uso abusivo e a dependência de álcool, é que ao contrário desta, o abuso não inclui a tolerância, a abstinência e nem um padrão de uso compulsivo, mas, apenas, as consequências dos danos à saúde, quer física quer mental. Todavia, o transtorno não satisfaz os critérios de dependência (DUARTE; MORIHISA, 2008).

Em 2013 foi instituída DSM-V edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, no qual os transtornos relacionados ao uso de álcool são definidos como a repetição de problemas decorrentes do uso do álcool que levam a prejuízos e sofrimento clinicamente significativos (GARCIA; FREITA,2015). A versão anterior do manual, DSM-IV, permanece como referência.

Em síntese , podem ser identificados três tipos de consumidores de bebidas alcoólicas: moderados, uso abusivo e dependentes. Os consumidores abusivos , apesar de não serem dependentes do álcool, podem se expor, por causa de seu padrão de consumo, a riscos e danos em diversas áreas na vida, entre elas social, saúde, econômica e profissional (FORTNEY et al.,2005).

Neste sentido, a prevenção aos prejuízos é essencial. Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para redução dos danos, não só tratando os casos de dependência do álcool para ambos os sexos, como também as ações educativas, preventivas e

de redução de riscos e danos e gerados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tanto para os homens como as mulheres.

Nóbrega e Oliveira (2005) postulam que o aumento do número de mulheres que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas esteja associado à entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida pública, ou ainda, na sua autonomia e de poder escolher.

César (2006) ressalta que apesar das várias conquistas das mulheres em relação à sua emancipação e à maior valorização da identidade feminina em diferentes contextos tanto de trabalho como social, em muitos países do mundo uma questão que ainda permanece frequente nos estudos sobre o sexo feminino é a desvantagem sociopolítica da mulher no universo ainda predominantemente masculino, gerando julgamento moral, preconceito e estigma.

Em relação à mulher usuária de álcool e outras drogas não poderia ser diferente. Ainda que o homem usuário de substâncias sofra preconceitos e seja marginalizado socialmente por seu consumo de drogas, é muito comum em pesquisas sobre mulheres usuárias a percepção de que o sexo feminino sofre muito mais estigma e julgamentos morais (CÉSAR, 2006; SILVA; LYRA, 2013).

As consequências deste estigma e preconceitos com relação à mulher influem, de forma negativa, no seu estado de saúde ao dificultar, ou mesmo impedir, o acesso dela aos serviços de saúde (CÉSAR, 2006; SILVA; LYRA, 2013). A imagem da mulher, historicamente construída, não está de acordo com a imagem de pessoa usuária de droga, contribuindo para o processo de invisibilidade das mulheres no fenômeno das drogas e, conseqüentemente, em maior vulnerabilidade aos agravos sociais e de saúde para este grupo populacional (DUARTE; MORIHISA, 2008).

Além do estigma social, outras consequências são observadas pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas na vida da mulher que podem estar associadas a diversos problemas de saúde, como: interrupção das menstruações, tensão pré-menstrual, problemas de fertilidade e menopausa precoce, como também inúmeras doenças hepáticas, pancreáticas e miocárdicas, tudo isso em um curto período de tempo de consumo (MARTINEZ FRIAS et al., 2004; PILLON et al., 2014).

Outro aspecto é o uso de bebidas alcoólicas durante a gestação, que pode causar uma série de prejuízos para mãe e para o bebê. O uso abusivo dessa substância por mulheres grávidas pode acarretar a Síndrome Alcoólica Fetal, que se caracteriza pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo materno de álcool durante a gravidez. Ela é considerada

a causa mais comum de retardo mental infantil de natureza não hereditária (MARTINEZ FRIAS et al., 2004; PILLON et al., 2014).

Além dos danos à saúde física, mulheres usuárias de álcool encontram-se mais predispostas a desenvolverem problemas de saúde mental como a depressão, a ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; SILVA; LYRA, 2013). Isso ocorre porque a ingestão de bebidas alcoólicas em mulheres passar por diferentes caminhos daqueles percorridos pelos homens.

Biologicamente, elas são menos tolerantes ao álcool do que os homens, e atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas com as mesmas doses, devido à menor quantidade de água corporal e maior quantidade de gordura associado a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool, o que implica no fato de que as mulheres precisam da metade da dose ingerida pelos homens para se intoxicarem, sempre considerando seu peso e altura (MASUR, 2004; SILVA; LYRA, 2013).

Além das características biológicas das mulheres, existem outros fatores expressivos, chamados de predisponentes, que são fatores epidemiológicos (idade, estado civil, religião e ocupação), em consonância com outros aspectos como predisposição genética, fatores psicológicos individuais e socioculturais, que exercem influência no comportamento das mulheres e colaboram para gerar o uso, o abuso e a evolução para a dependência do álcool (PILLON et al., 2014).

Os estudos sobre uso abusivo e a dependência de álcool têm sido abordados em uma lógica estritamente biológica, sem considera as implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e culturais que devem ser consideradas na compreensão global do problema (DUARTE; MORIHISA, 2008; PILLON et al., 2014). Faz presente os desafios na assistência à saúde da mulher . Já que, mulheres que as enfrentam é o próprio mundo em mudança, mas de forma desigual.

A literatura sobre o beber feminino é escassa. Em geral as publicações sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre mulheres, suas conclusões são comparadas nas amostragens masculinas, e não se presta atenção nas diferenças de consumo entre os sexos. Mesmo sabendo-se que a mulher apresenta uma série de diferenças em relação ao homem, não só em relação à sua constituição física e fisiologia, mas também em relação ao comportamento social e emocional, a suposição frequentemente adotada é que aquilo que é encontrado nas pesquisas com homens vale também para as mulheres . Esse fato pode explicar, em parte, o pequeno

número de trabalhos conduzidos nesta área, o que têm dificultado muito o diagnóstico e o encaminhamento adequado de mulheres para tratamento (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; PILLON et al., 2014).

Uma outra explicação provável para esse fenômeno é o próprio preconceito da sociedade. Estereótipos de maior agressividade, tendência ao isolamento e falhas no cumprimento do papel familiar são mais comumente associados às mulheres quando comparado aos homens no uso de alguma droga psicotrópica (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; PILLON et al., 2014).

Para o enfrentamento dessa problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) orientam que serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), sobretudo aos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF), no Brasil é denominada Estratégia de Saúde da Família, adotem na rotina de cuidado, a detecção de problemas com consumo de álcool, entre os homens e as mulheres. Promover ações preventivas, estratégias de redução de danos e encaminhamentos se necessário ao tratamento especializado (BRASIL, 2006, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008).

Além disso, é esperado que estes profissionais, reconheçam a realidade dos usuários no contexto cultural que estão inseridos, e a partir daí possa ser oferecido outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de conduta e redução dos possíveis danos diante o uso de álcool (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

Ao mesmo tempo, é recomendado o aprofundamento de estudos a fim de compreender as ações socialmente construídas diante do uso de bebidas alcoólicas. Portanto, compreender a forma como as pessoas entendem e conferem sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem, compreendendo as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção da qual participam, ou seja, como as usuárias do serviço interpretam suas experiências e guiam suas ações, diante do uso de bebidas alcoólicas, no contexto sócio cultural em que vivem (SILVA; LYRA, 2013).

O Brasil, por meio do MS, adotou a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL;2006), regulamentou o atendimento aos dependentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-ad), com a Portaria nº816/GM, e, por fim, estabeleceu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), através do Decreto nº 5.912, de 27 de

setembro de 2006 estabelecendo cuidados e responsabilidade sanitária no atendimento de usuários com problemas de drogas em todas as redes de saúde do SUS.

Este documento coloca o uso problemático de álcool como um grande problema de saúde pública e o seleciona para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados na Atenção Básica à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o que é uma das portas de entrada dos usuários no SUS. É onde o usuário deveria encontrar o apoio necessário para suas queixas e a resolutividade para os seus problemas (BRASIL,2006).

No Brasil, o MS adotou o termo atenção básica à saúde (ABS) em substituição ao conceito de atenção primária à saúde (APS), empregado predominantemente no contexto internacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A Atenção Básica à Saúde tem sido considerada um dos pilares da organização de qualquer sistema de saúde, configurando-se como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. O nível básico de atenção à saúde tem um grande potencial de resolver parte significativa das queixas/demandas apresentadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. O foco de atenção na prestação de cuidados de saúde é a pessoa no seu contexto familiar e comunitário e, para além de um trabalho dirigido para a cura e o alívio da doença, há que ter em conta o papel que deverá ser cada vez mais ativo nas áreas de caráter preventivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

E apresenta em um dos seus fundamentos, efetivar a integralidade, em seus vários aspectos, buscando a ação interdisciplinar e em equipe. A integralidade nesse sentido é o cuidado integral, da promoção da saúde à cura e à reabilitação, permitindo que o usuário do SUS obtenha além da atenção à doença, um atendimento digno e atenção integral para caminhar em direção à promoção de saúde (BRASIL, 2006).

Essa preocupação deve estar presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde em qualquer nível de atenção e, em especial na atenção básica (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Segundo o MS a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2006), cabe a equipe de saúde realizar a assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios

definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, 2009).

A Atenção Básica Brasileira configura-se através das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias da Saúde da Família, envolvendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Consiste em executar as práticas de cuidado e de gestão, democraticamente e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, 2009).

Os profissionais de saúde carecem de compreender que a mudança de hábitos de vida ainda representa um grande desafio, por se tratar de processo comportamental complexo que sofre diversas influências, como as do meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde. A educação e a promoção da saúde são alternativas fundamentais para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção ou reduzir os fatores de risco (MONTEIRO et al., 2011; PILLON et al., 2014).

Quando se discute o processo saúde, é importante ponderar o contexto em que o indivíduo está inserido, bem como as influências do meio, uma vez que saúde é algo complexo e não depende exclusivamente das questões biológicas, pois as condições inadequadas do meio podem intervir diretamente na possibilidade do indivíduo manter sua saúde. Desta maneira o processo saúde reflete intimamente a complexidade e singularidade do viver humano como sendo um fenômeno histórico e multideterminado (PRATTA; SANTOS, 2009).

A compreensão desses aspectos é fundamental ao se pensar formas de cuidado e atenção ao uso de drogas, sobretudo no que diz respeito a sua eficácia, uma vez que o conhecimento produzido sobre o fenômeno da drogadição não pode ser visto fora do contexto ampliado no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social, atribuindo sentido às ações humanas (MONTEIRO et al. , 2011; PRATTA; SANTOS, 2009).

As condutas e comportamentos seguidos pelos sujeitos e coletividades são escolhidos por determinadas opções de viver tudo que são desejáveis, organizam suas preferências e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à

ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (MOSCOVICI, 2011).

Diante disso, não basta somente olhar os sintomas físicos e psíquicos do uso de substâncias, e sim identificar as consequências e circunstâncias que levaram ao mesmo, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que a partir daí possa ser oferecido outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga (MONTEIRO et al., 2011; PRATTA; SANTOS, 2009).

Neste contexto, o estudo priorizou apenas universo feminino devido aos seus aspectos fisiológicos e metabólicos diante o consumo de bebidas alcoólicas, que ainda permanece tão desconhecido

Sendo assim, as mulheres carecem de ser trazidas para esse cenário de debates e para operacionalização das práticas de cuidado em saúde, uma vez que não têm sido suficientemente apresentadas como sujeitos das referidas políticas públicas, ou, quando são, as preocupações geralmente são voltadas para a sua vida reprodutiva, menopausa ou gravidez, muito mais por uma preocupação com o feto ou bebê do que com a mulher efetivamente.

Logo, um estudo sobre consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres merece ter maior atenção nos tempos atuais pela evidência do seu aumento, pela maior vulnerabilidade biológica, psicológica e social que a mulher apresenta e pela magnitude dos problemas decorrentes. Para compreender como as mulheres pensam e lidam com o consumo de álcool em seu cotidiano e como pode afetar as várias dimensões de suas vidas, o estudo busca responder à seguinte pergunta: *Qual é o significado do consumo abusivo de bebidas alcoólicas para as mulheres e como elas lidam com esse consumo no seu dia a dia?*

Desta forma, essa pesquisa é sustentada na teoria das Representações Sociais, pois a mesma permite um conhecimento que seja construído, buscando intensamente a intenção de produzir significado às pessoas, acontecimentos ou fenômenos. Além disso, é uma probabilidade de compreender a ocorrência de um determinado fenômeno a partir de uma visão mais aprofundada, com todos os detalhes de opinião, compreensão, e interpretação dos grupos sociais, especialmente, grupo de mulheres que fazem consumo abusivo de bebidas alcoólicas que vivenciam as atividades do cotidiano. Por constituírem um saber prático, socialmente elaborado e compartilhado pelos sujeitos, as Representações Sociais são capazes de reger as reações entre as pessoas e os fenômenos, o que possibilita a organização de condutas e comunicações com relação às práticas sociais e assistenciais (JODELET, 2007).

A compreensão e o apoio da população, da academia e dos profissionais de saúde são elementos imperativos para o planejamento, o direcionamento e a implementação de políticas públicas sobre o consumo do álcool (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007).

Acreditamos que, a partir de uma investigação criteriosa dos fatores predisponentes e/ou causais envolvidos, e reflexão profunda das demais questões, possamos estabelecer estratégias de intervenção apropriadas, considerando-se todas as fases de vida da mulher, de maneira especial nas ações previstas na Política da Atenção Básica de Saúde no contorno da Estratégia Saúde da Família.

2OBJETIVOS

“A palavra é meu domínio sobre o mundo “
(Clarice Lispector)

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Recife, frente às suas representações sociais do consumo abusivo de bebidas alcoólicas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil das mulheres em uso de bebidas alcoólicas;
- b) Avaliar os padrões de riscos pelo consumo de álcool nas mulheres;
- c) Analisar o significado do consumo abusivo bebidas alcoólicas na vida e na saúde das mulheres;
- d) Identificar os danos gerados pelo consumo abusivo de álcool na vida das mulheres;
- e) Analisar a compreensão das mulheres que faz uso abusivo do álcool sobre o cuidado da Estratégia de Saúde sobre esse consumo.

30 BEBER FEMININO

“Não se nasce mulher: torna-se.”
(Simone de Beauvoir)

Pesquisar uma determinada ocorrência, fenômeno ou acontecimento social é, por excelência, uma tarefa deveras complexa, visto que são muitos os fatores de ordem estrutural, didática, pedagógica e metodológica envolvidos. Portanto, essa atividade de pesquisa torna-se mais expressiva quando a pesquisadora tem a intenção de procurar compreender o conjunto de opiniões, crenças ou valores que são socialmente construídos em grupos delimitados no que diz respeito a um determinado objeto de investigação, como uma estratégia particular de apropriação dos grupos para orientar e/ou justificar as tomadas de decisão em relação a esse objeto. Especificamente quando se trata de uma investigação que possui a finalidade de analisar os discursos, os comportamentos e as práticas sociais vividos entre mulheres diante do uso e abuso de bebidas alcoólicas foco deste estudo. A Teoria das Representações Sociais se revela como uma excelente via para aferir o pensamento e os registros simbólicos do grupo que se dispõe a pesquisar.

3.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM MODO PARA COMPREENDER OS FENÔMENOS

Conforme Moscovici (2013) é no universo das interações sociais que se constituem as representações sociais, “uma modalidade de conhecimento particular tendo a função de elaboração dos comportamentos e da comunicação entre os indivíduos” (MOSCOVICI, 2013, p. 27). Estas são construídas e se manifestam na espontaneidade do cotidiano, ou seja, onde se desenrola o acontecimento social, que é ao mesmo tempo psicológico e social. Estes saberes, também denominados de teorias do senso comum, atuam a partir de uma lógica racional e sensível, alçando suas bases na experiência cotidiana e modificando-se, desta forma, de acordo com a cultura, as crenças e valores de cada sociedade.

Além disso, são dinâmicas, não podendo ser concebida como um conceito, mas sim como um fenômeno, visto que são como tecidos sem costura dos quais não é possível identificar começo ou fim (MOSCOVICI, 2009). Elas se constituem por meio do contato, convívio, integração e comunicação entre as pessoas, onde se “entrecruzam e se cristalizam continuamente, através duma palavra, dum gesto, duma reunião, em nosso mundo cotidiano” (MOSCOVICI, 2013, p. 39). Falar na teoria das representações sociais é referir-se a um modelo

teórico, um conhecimento científico que visa compreender e explicar a construção desse saberes comuns, dessas teorias do senso comum.

Segundo Jodelet (2001, p. 27):

Há quatro características fundamentais no ato de representar: A representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito); A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações); A representação será apresentada como uma forma de saber: de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais, ela é uma forma de conhecimento; Qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro

Esta visão de Jodelet (2001) aponta que a TRS vai tratar da produção dos saberes sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social. Logo, as representações sociais permitem a um grupo entender uma realidade, manter sua integridade, direcionar e fundamentar suas práticas. Entende-se por representações sociais um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no desenrolar das comunicações interpessoais, sendo equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo, também, serem vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVI, 2009). As representações sociais são vistas como atributos sociais das quais os sujeitos se apropriam, como estruturas de conhecimento individuais, embora compartilhadas. Esse compartilhamento refere-se a crenças, imagens, metáforas e símbolos num grupo, comunidade, sociedade ou cultura (SÁ, 2005).

A origem da TRS inaugurada pelo francês Serge Moscovici em 1961, com a publicação da obra *La psychanalyse, son image et son public*, cuja tradução em português é *A psicanálise, sua imagem e seu público*, tem assumido grande destaque na compreensão dos mais variados objetos e conseqüente produção de conhecimento (MOSCOVICI, 1978).

O autor realizou uma pesquisa em 1961 que teve objetivo de descrever como ocorreu a apropriação e socialização da teoria psicanalítica por diferentes grupos, como a teoria da psicanalítica era absorvida, transformada e utilizada pelo homem comum para classificar as pessoas, condutas e eventos da vida diária, como os conceitos psicanalíticos reelaborados se entre mesclavam nos processos de comunicação e de intercambio social e como a teoria era transformada em uma representação social (MOSCOVICI, 1978).

Esta obra lançou questionamentos em um sentido geral como o homem constroi a realidade e, em um sentido específico, como é que o conhecimento científico é consumido,

transformado e utilizado pelo homem comum. Tais reflexões abrangeram um novo movimento teórico e metodológico. Assim, a TRS começa com o estudo acerca das Representações Sociais da psicanálise na França.

A TRS está inserida no campo de estudos da Psicologia Social, estabelecendo-se como contribuição teórica duradoura e amplamente difundida por todo o mundo (MOSCOVICI, 2001). É um campo de estudo que nasceu de uma crítica na tentativa de romper com o pensamento tradicional e hegemônico intensamente adotado na América do Norte e Grã-Bretanha, que concebia o sujeito separado do seu contexto social. Essa atitude crítica adotada por Moscovici constitui o ponto de partida para construção da nova teoria, que afirma não existir separação entre o universo interno do indivíduo e o universo externo a este.

Jodelet (2001) uma das seguidoras de Moscovici, afirma que a circulação desta perspectiva vem encontrando empenho significativo entre países da Europa e em outros países. Brasil, vários autores têm-se dedicado ao estudo da TRS, entre eles, Guareschi (2004), Jovchelovitch (2003), Sá (2005), Arruda (2002), Minayo (1998) e Santos (2005).

Moscovici (2003), em suas pesquisas sobre o fenômeno das representações apontou que algumas ciências como a sociologia, a antropologia, a psicologia clínica e a social davam ênfase a dois enfoques separados, isolados: um primeiro que dava ênfase ao objeto, o que interessava era o objeto, que podia ser classificado em diferentes tipos, até mesmo em social ou não social, mas o sujeito seria igual, indiferenciado. Um segundo enfoque dava ênfase ao sujeito, onde esse sujeito era categorizado em inúmeros tipos diferenciados, mas o objeto não interessava, era sempre o mesmo, indiferenciado. Neste caso, sobre influência social, não interessava quem fala, mas a característica de quem recebe: se é sugestível, crítico entre outros.

A construção teórica de Moscovici (1984) vem apresentar novas perspectivas para uma situação de extrema insatisfação com o que tradicionalmente produzia no mundo científico, principalmente no campo da psicologia social. O conhecimento fragmentado do ser humano, a separação artificial entre as ciências sociais e a dicotomia entre objetividade e subjetividade, que marcam o modelo científico, eram questionados. Ele empreendeu esforços para redefinir os problemas e conceitos de psicologia social a partir desse fenômeno (a representação social), insistindo sobre sua função simbólica e seu poder de construção do real (MOSCOVICI, 1984). A teoria propõe uma articulação entre o psicológico e o social, considera inseparáveis sujeito, objeto e sociedade. Moscovici (2001), argumenta que seu empenho não é em produzir uma teoria 'forte e fechada', mas sim, uma perspectiva para se poder ler e compreender os mais diversos fenômenos e objetos do mundo social.

Seguimos a conceituação produzida por Moscovici, entendendo por representações sociais um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no desenrolar das comunicações interpessoais. Sendo equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podendo, também, serem vistas como a versão contemporânea do senso comum (SÁ, 2005). O foco de sua teoria é a sociedade pensante e, demonstra que as pessoas que constroem o mundo não são meras receptoras passivas, mas pensadores ativos que produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que lhes são postas (FALCON,2000).

Moscovici defende que tudo tem a vez com tudo, não há nada isolado indiferenciado: e sim uma relação triangular complexa, em que cada dos termos é totalmente interdependente dos outros dois, "O triângulo Sujeito-Outro-Objeto é crucial para essa discussão, pois é o único esquema capaz de explicar e sistematizar os processos de interação" (MOSCOVICI, 2009, p.152-153).

Nesta perspectiva o social é entendido como uma relação, isto é, algo que não pode ser entendido sem o outro; ele implica, em sua própria definição, outros. Pode-se dizer que se trata de um direcionamento intrínseco, do próprio ser, em direção a outro. É singular e, ao mesmo tempo, múltiplo. É esse o social que constitui o processo de mediação na complexidade entre o mundo interno e externo, entre o individual e o coletivo, entre o psíquico individual e a realidade social externa. Ele é o espaço do simbólico, que só se compreende a partir do social. Ele é o elo de todos esses processos (GUARESCHI, 2004).

Notamos que estas explicações não têm por base apenas conhecimentos inerentes da sociedade e nem pensamentos elaborados individualmente, mas trata-se de explicações elaboradas por indivíduos que pensam, mas não pensam sozinhos; indivíduos que não são apenas influenciados pelos aspectos sociais, mas que são constituintes e constituídos por este social. As representações implicam e, ao mesmo tempo, constroem saberes sociais. São formas de conhecimento que circulam nas sociedades orientando comportamentos e condutas (JOVCHELOVITCH, 2003)

Consequentemente, o ato representacional implica um trabalho simbólico com poder de significar, de construir sentido. Vale advertir que essa construção simbólica não é dotada apenas da dimensão cognitiva; abarca também as dimensões afetiva e social. Sendo assim, a representação é uma tarefa coletiva, uma construção que se realiza com o outro e a partir do outro (JOVCHELOVITCH, 2003).

Os estudos de Durkheim, Piaget e Freud foram contribuições marcantes nos estudos de Moscovici (1984) sobre representações sociais. O termo representação social teve seu marco inicial com o sociólogo Emile Durkheim, com a expressão “representação coletiva”. Contudo, a partir de 1961, Serge Moscovici traz esta ideia para o campo da psicologia social estruturando a denominada Teoria das Representações Sociais. Esta teoria foi à fonte inspiradora e construída em outra perspectiva, considerando também os aspectos psicológicos através de dimensões afetivas, cognitivas e sociais.

A concepção de representação coletiva abordada por Durkheim é diferente da concepção de representações sociais abordada por Moscovici (1984). Segundo Durkheim, a representação coletiva é igual à religião e o mito é compartilhado porque são homogêneas para todos os membros da sociedade. São transmitidas de uma geração para outra geração, existem fora e independentemente do indivíduo, forçam os indivíduos a uniformizar sua conduta e pensamento, processos estáticos e resistentes à mudança. Moscovici ao debruçar-se sobre a produção de Durkheim, reconhece que as representações coletivas não dariam conta da complexidade das sociedades modernas, cuja realidade social é desafiada constantemente pela presença do novo, do estranho, do não-familiar. Esses fenômenos novos, estranhos, não-familiares, de origem e âmbito diversos exigem uma nova compreensão. Com a TRS eles passam a ser vistos sob uma nova perspectiva, uma perspectiva psicossociológica. Os conteúdos das representações sociais variam de um grupo para outro e de uma cultura para outra, bem como de uma época para outras. A lógica ou a maneira com se pensa também depende do contexto sócio-cultural.

Segundo Moscovici (1984), na perspectiva da Psicologia, o primeiro passo foi dado por Piaget ao investigar a representação de mundo da criança. Seus estudos sobre o pensamento infantil contribuíram para compreender que na interação da criança com seus pares e nas situações por ela vivenciadas é que ocorre o desenvolvimento das representações. Segundo Piaget, a criança reelabora as informações do meio a partir de seus próprios instrumentos intelectuais, afetivos e sociais, postos em funcionamento pelos interesses, motivações e necessidades, os quais estão relacionados ao seu contexto social. Seus estudos evidenciaram os aspectos lógicos e biológicos do desenvolvimento da criança, trazendo grandes contribuições para a compreensão dos aspectos psíquicos da representação social.

Outro que contribuiu foi Freud, no qual Moscovici (1984) tomou a ideia de que os processos inconscientes determinam a produção dos saberes sociais. Um dos textos decisivos para Moscovici foi a Teoria Sexual Infantil. Este estudo de Freud mostra como a criança quer

saber e como o desejo de saber se intercala com o jogo entre os que querem e os que detêm o saber. Isso leva a criança a construir teorias que se erguem na base das relações entre o universo infantil e o universo adulto. Freud mostrou como o peso da transmissão cultural com aquilo que ela prescreve, permite ou interdita o conhecimento.

Destaca-se que as representações sociais, por meio da atividade psíquica, dão às coisas uma nova forma. Elas envolvem uma relação entre o sujeito e o objeto-mundo. Ao mesmo tempo em que o sujeito recria a realidade social e suas representações, também modifica a sua própria relação com o mundo (MOSCOVICI, 2001).

Moscovici (2009) argumenta que uma das características da sociedade contemporânea é o conflito entre percepções individuais e coletivas, sem, contudo, desconsiderá-lo como realidade fundamental à vida social. A origem do conflito estaria na tensão originada entre percepção individual e social estabelecida pelas normas sociais. Assim, podemos afirmar que o objetivo da TRS é explicar os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade.

No que se refere à elaboração das representações sociais, Moscovici (2001) propõe dois processos a objetivação e a ancoragem como sendo fundamentais:

- 1) Objetivação – processo que corresponde à função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato, naturalizá-lo, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, transformar em objeto o que é representado. A objetivação se divide em três fases: a primeira é uma construção seletiva que ocorre a partir do contato do sujeito com os conhecimentos científicos. As pessoas se apropriam desses conhecimentos, incorporando-os ao seu universo conceitual de acordo com suas interpretações. A segunda fase é chamada de esquematização, processo este pelo qual se fundamenta determinada representação atribuindo-lhe um significado e uma forma de organização, mediante a qual a ideia básica da representação será veiculada. Por fim, na terceira fase da objetivação ocorre a atribuição de uma função à representação que seja capaz de produzir um efeito, isto é, que seja capaz de orientar condutas (JODELET, 2001). Um exemplo que podemos citar é quando pensamos na mulher vem a ideia de que toda mulher deseja ser mãe, ou seja, faz parte da natureza feminina. Esse pensamento é tão cristalizado culturalmente que o fato de uma mulher não desejar ser mãe é apontado como um problema, que pode ser de ordem psicológica, de ordem física ou de ordem moral (SANTOS; NOVELINO; NASCIMENTO, 2001).

Ao fazê-lo, materializamos o abstrato, passando a tratá-lo com naturalidade, familiaridade;

- 2) Ancoragem - consiste na integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente. Ancorar é encontrar um lugar para encaixar o não-familiar, é pegar o concreto e lhe atribuir um sentido. Pois, corresponde que ancorar é duplicar uma figura por um sentido. A ancoragem corresponde à classificação e denominação das coisas estranhas, ainda não classificadas nem denominadas (MOSCOVI,2001). Santos (2005) pontua três momentos para a realização deste processo. Num primeiro momento, a partir de conhecimentos e valores preexistentes na cultura do grupo, os indivíduos atribuem certo sentido ao objeto da representação; em seguida o grupo instrumentaliza o saber construído, fornecendo um valor funcional para a representação, considerando-a como referência na apreensão do mundo social; por último, as novas representações são enraizadas no sistema de pensamento do grupo, se inscrevendo num sistema de representações já existentes, tornando o desconhecido familiar, ao mesmo tempo em que transforma o conhecimento anterior (SANTOS, 2005).Podemos citar a patologia do alcoolismo que foi ancorado de forma exclusivamente aos homens , envolvendo masculinidade, poder e prazer, atualmente tem permanecido difícil conseguir mudar essa concepção (SILVA; LYRA, 2013). Devido ao fato de que várias pessoas e mesmo os profissionais de saúde ainda não acreditarem que o alcoolismo pode ser observado tanto em homens como em mulheres, independente de etnia e classe social. Assim, quando se pensa em alcoolismo, pensa-se no gênero masculino e pobreza e, incluído o julgamento moral . O alcoolismo foi então categorizado, enquadrado pelo senso comum dessa forma.

A base da TRS, de acordo com Jodelet (2001), está assentada em dois pressupostos: como o social interfere na elaboração psicológica que constitui a representação; como ambos interferem no social. Para verificar essa relação, segundo ela, é necessário que se conheça que tipo de pensamento social está sendo envolvido, focalizando-o como processo e como produto.

Jovchelovtch (2003) descreve que esses dois processos “são as formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para o nível quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da formalidade das representações sociais na vida social”.

A TRS trata de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e sua diversidade. Parte do pressuposto de que existe forma de conhecer e de se comunicar guiada por objetivos

diferentes, formas que são móveis. Ou seja, os sistemas de pensamento formaram duas classes diferentes de universos, denominados por Moscovici de universos consensuais e universos reificados. Os universos consensuais expressam as atividades relacionadas ao senso comum e suas teorias para responder os problemas que se impõem, em que os indivíduos elaboram sua construção do real a partir do meio onde vivem, explicando as coisas sem ser necessariamente um cientista ou especialista; nesse universo eclodem as representações sociais (ARRUDA, 2002, p. 130).

Nos universos reificados ou científicos, diferentemente, se manifestam os saberes e conhecimentos científicos, com objetividade e rigor lógico e metodológico. Porém, ambos os universos se inter-relacionam, dando forma à nossa realidade.

Assim, através das ciências compreendemos o universo reificado; já as representações sociais se referem ao universo consensual e são criadas pelos processos de ancoragem e objetivação, circulando em nosso cotidiano. A socialização possibilita interpretações acerca das vivências, tornando-as comuns a um grupo social. Os conhecimentos científicos são moldados a um determinado contexto social e ganham nova roupagem, com significação própria.

É fundamental referir que o propósito de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar. Moscovici (2013) considera que os universos consensuais são universos familiares nos quais as pessoas querem ficar, pois não há conflito. Nesse universo, tudo o que é dito ou feito, confirma as crenças e as interpretações adquiridas. Em geral, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização em que os objetos, pessoas e acontecimentos são compreendidos previamente. O não-familiar são as ideias ou as ações que nos perturbam e nos causam tensão. Essa tensão entre o familiar e o não-familiar é sempre estabelecida em nossos universos consensuais, em favor do primeiro. Este é o motivo pela qual criamos representações.

Por isso, o que nos é incomum, não-familiar é assimilado e pode modificar nossas crenças. Esse é o processo de reapresentar o novo (MOSCOVICI, 2013). Esta criação se dá através e nas dinâmicas de comunicação. É a comunicação o veículo que permite a formação das representações que, por sua vez, tornam possível a reconstrução do real (JODELET, 2001). Se o estranho não se apresentasse, o pensamento social teria a estabilidade de que Durkheim falava e suas representações coletivas dariam conta de explicá-lo. As Representações Sociais são de suma importância para as práticas sociais, pois contribuem e influenciam a construção da própria realidade, sustentam as práticas do grupo social estudado.

As representações que se formam na sociedade têm repercussão direta em seu comportamento, atitudes, percepções e modos de agir, pois formam estruturas individuais de conhecimentos que informam e orientam os membros de um grupo social, em determinado tempo e espaço (MOSCOVICI, 2011). Segundo Moscovici (2003), as representações apresentam duas funções:

- a) São convencionais. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as põem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequa exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura;
- b) São prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado.

Essas representações são partilhadas pelas pessoas, influenciando-as. As representações significam a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Almeida (2009), a construção teórica e metodológica da TRS cuja a matriz é Moscovici e, deste originou pelo menos três tipos de abordagem no campo de pesquisa. A abordagem estruturalista de Jean-Claude Abric (2000) que dá ênfase a dimensão cognitivo-estrutural conhecida como Teoria do Núcleo Central. O autor sustenta a hipótese de que toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e um sistema periférico. O núcleo central está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças. Esse núcleo é composto pelos elementos estáveis ou mais permanentes da representação social, sendo estes de natureza normativa e funcional.

Os aspectos funcionais estão ligados à natureza do objeto representado e os normativos dizem respeito aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo. O sistema

periférico é responsável pela atualização e contextualização da representação. Conforme a Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 2000), uma representação social constitui-se como um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, composta de dois subsistemas - o central e o periférico -, que funcionam exatamente como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementa

Já a abordagem societal ou sociológica de Willem Doise (2002), procura-se articular a explicação de ordem individual e a de ordem social, evidenciando que os processos que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são orientados por dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais).

Essa abordagem, pressupõe a integração de quatro níveis de análise no estudo das Representações Sociais. O primeiro focaliza os processos intra-individuais, analisando o modo como os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente. O segundo centra-se nos processos interindividuais e situacionais, buscando nos sistemas de interação os princípios explicativos típicos das dinâmicas sociais. O terceiro refere-se aos processos intergrupais, leva em conta as diferentes posições que os indivíduos ocupam nas relações sociais e analisa como essas posições modulam os processos do primeiro e do segundo níveis. O quarto, o societal, enfoca os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais, adotando o pressuposto de que as produções culturais e ideológicas, características de uma sociedade ou de certos grupos, dão significação aos comportamentos dos indivíduos e criam as diferenciações sociais, a partir de princípios gerais.

Por fim, a abordagem culturalista ou processual de Denise Jodelet, que mantém atual a proposição original de Moscovici e tem por foco central a análise dos processos responsáveis pela construção das representações sociais. No desenvolvimento da pesquisa sob esse enfoque, deve-se apreender os discursos individuais e grupais que mantêm as representações sociais; os comportamentos e as práticas sociais que manifestam as representações; identificar e analisar documentos e registros que institucionalizam comportamentos e práticas; identificar e analisar as diferentes interpretações que tais comportamentos e práticas recebem dos mais variados meios de comunicação de massa (ALMEIDA, 2009).

Jodelet (2009) indica um esquema de análise das representações sociais de indivíduos e grupos que demarca em três esferas o pertencimento das representações. No esquema proposto, o sujeito é concebido como ator social ativo, que é afetado pelos diferentes aspectos da vida cotidiana que se desenvolvem em contextos de interação e inscrição. A inscrição de que fala a autora, compreende tanto a participação do sujeito em uma rede de interações por meio da

comunicação, quanto à “pertença social”, a qual se define em vários níveis: “o do lugar na estrutura social e da posição nas relações sociais, o da inserção nos grupos sociais e culturais que definem a identidade, o do contexto da vida onde se desenrolam as interações sociais, o do espaço social e público” (JODELET, 2009, p. 696).

As esferas de pertencimento propostas no esquema de Jodelet são: a esfera da subjetividade; a esfera da intersubjetividade; a esfera da transubjetividade. Na primeira esfera consideram-se os processos que operam no nível dos indivíduos, devendo-se distinguir dentre as representações aquelas que o sujeito elabora ativamente daquelas que o sujeito integra passivamente no contexto de sua vida cotidiana. “Levar em consideração o nível subjetivo”, acrescenta a autora em questão, “permite acessar os significados que os sujeitos, individuais ou coletivos, atribuem a um objeto localizado no seu meio social e material, e examinar como os significados são articulados à sua sensibilidade, seus interesses, seus desejos, suas emoções e ao funcionamento cognitivo” (JODELET, 2009, p. 697).

Na esfera da intersubjetividade o foco recai sobre as situações que contribuem para o estabelecimento das representações que são elaboradas em interação, considerando-se, sobretudo, “as elaborações negociadas e estabelecidas em comum pela comunicação verbal direta”. Por fim, na esfera da transubjetividade, devem-se levar em consideração os processos que atravessam tanto o nível subjetivo quanto o nível intersubjetivo. Ou seja, essa esfera remete a tudo que é comum aos indivíduos e aos grupos sociais dos quais participam. Por conseguinte, o foco de análise recai sobre a importância dos repertórios que servem à construção das significações partilhadas, assim como recai sobre o espaço social e público em que circulam as representações provenientes de diferentes fontes: os meios de comunicação de massa, as normas institucionalizadas, as ideologias, as religiões, dentre outras.

Para Mendonça e Lima (2014), essa abordagem propõe que as Representações Sociais se configuram como uma forma de conhecimento prático orientado à comunicação e à compreensão do contexto social, material e ideativo em que se vive. As Representações Sociais são formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias e teorias, por exemplo), mas que não se reduzem a esses elementos. Por ser socialmente elaboradas e compartilhadas, as Representações Sociais contribuem para a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação. Para Jodelet (2005) o estudo das representações sociais não pode se deter ao conteúdo. É preciso se interrogar sobre as dinâmicas sociais colocadas em evidência por tais conteúdos e a função social do conteúdo construído.

Um exemplo clássico da abordagem culturalista foi o estudo da própria Jodelet (2005) no campo da saúde mental realizado em 1989, sobre as representações sociais da loucura. A pesquisa foi efetivada em uma colônia (Ainy-le-château-França) com treze pequenas comunidades e com um grande hospital psiquiátrico que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. Esse hospital francês trabalha com a proposta de desinstitucionalização de doentes mentais. Jodelet estudou 1.195 pensionistas que foram desinstitucionalizados e passaram a morar em mais ou menos 500 casas desta colônia.

No estudo utilizou os seguintes procedimentos metodológicos; observação participante nas comunidades; análise documental e depoimentos (história da instituição); entrevistas com pessoal do hospital; aplicação de questionários junto as 493 familiares e 1.195 doentes; entrevistas em profundidade com 65 familiares. Os tipos de doentes mentais descritos e caracterizados na população do estudo foram: os inocentes (fracos e loucos da cabeça); bizarros e nervosos; epiléticos; doentes mentais (caracterização de pessoas ligadas ao saber reificado) e os jovens infratores.

Em resumo, podemos falar que o estudo das representações sociais da loucura buscou apreender os mecanismos e processos pelos quais os integrantes desta comunidade, os portadores de sofrimentos mentais e seus familiares, produzem sentido ao objeto loucura e como articulam e reproduzem essas representações cotidianamente. O exemplo dado com o seu estudo sobre a loucura abriu caminhos para várias reflexões sobre o papel das representações na construção da identidade e da diferença/alteridade, contribuindo também para o estudo da exclusão social.

Wagner (1995) atribui essa diversidade de abordagens às múltiplas facetas assumidas pelo conceito de representação social. O autor descreve duas formas de ser compreendida representação social, uma como processo social que liga discurso e diálogo, em que os significados e objetos sociais são construídos e elaborados, e a outra concebida as representações sociais de maneira operacionalizadas como atribuídos individuais, ou seja, como estruturas individuais de conhecimentos, símbolos e afetos distribuídos entre os indivíduos em grupos ou na sociedade. Assim, nos permite ver que o conceito de representação social é um conceito plural e bastante complexo.

Podemos dizer que elas funcionam como um sistema de interpretação da realidade, atuando nas relações estabelecidas pelos indivíduos no meio em que estão inseridos, orientando, assim, seus comportamentos e práticas. Bem que as representações sociais não gerem

totalmente as decisões tomadas pelos indivíduos, elas restringem e norteiam o universo de possibilidades postas à sua disposição.

As pesquisas desenvolvidas a partir do referencial teórico metodológico das representações sociais nos possibilitam entender o comportamento humano, em suas dimensões cognitivas, afetivas e sociais, contribuindo para a interpretação das práticas que o cercam, servindo de alicerce e instrumento para direcionar e facilitar as relações com o meio, as pessoas e o mundo social. Moscovici (2013) esclarece que a TRS fornece o referencial interpretativo tanto para tornar as representações visíveis como para torná-las inteligíveis como formas de prática social.

Neste sentido, estudar as representações sociais é estudar objetos sociais relevantes para os atores sociais em questão. E que estejam vinculadas a valores, noções e práticas individuais no qual norteiam as condutas no dia-a-dia das relações sociais e se manifesta através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. Logo, é o senso comum, socialmente construído e partilhado (JODELET, 2001; SÁ, 2005).

Para efeito do presente estudo, optamos pela utilização da abordagem culturalista de Denise Jodelet, por se configurar como instrumento viável para acessar os jogos culturais e históricos que se evidenciam na disputa de diversos sujeitos pelo objeto de Representação Social que é o consumo de bebidas alcoólicas no universo feminino, ou seja, é buscar compreender como estas mulheres, em suas interações sociais, decodificam e assimilam as questões postas pela complexidade desse fenômeno, principalmente as relacionadas aos aspectos de saúde e de cuidado. Além disso, possibilita apreender os processos e mecanismos pelos quais este grupo de mulheres constrói o sentido deste fenômeno em suas realidades cotidianas, e assim, evidenciar condutas e práticas adotadas e compartilhadas pelos sujeitos, sendo estas representativas da afirmação simbólica de pertença e de identidade. Assim, justifica-se a escolha do presente estudo focado na TRS.

3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DIANTE DO BEBER FEMININO

O uso de álcool, ao contrário do que se pensa, não é um fenômeno exclusivo da época em que vivemos (MASQUES, 2001; MEZZARROBA, 2006). Pode-se dizer que o consumo de bebidas alcoólicas era e, é ainda, compartilhada por todos os membros da família, em ocasiões festivas, em rituais, ou como ingrediente da alimentação, ou seja, o consumo do álcool sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões,

variando segundo critérios relativos a cada cultura em determinada época. Isso porque, o ser humano sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento (MASQUES, 2001; MEZZARROBA, 2006; RONZANI; FURTADO, 2010).

Neste contexto, pode-se alegar que o uso de bebidas alcoólicas é um fenômeno social do qual a mediação simbólica é constitutiva. Neste sentido, parece pertinente estudar o consumo de bebidas alcoólicas entre mulheres enquanto sistema simbólico complexo, no qual um conjunto de atores, representações e práticas entram em interação.

Inicialmente, as bebidas continham níveis alcoólicos relativamente baixos, como por exemplo, o vinho e a cerveja, já que dependiam exclusivamente do processo de fermentação. Foram os árabes que incluíram a destilação, aumentando assim a eficácia das bebidas, na Idade Média (MASQUES, 2001; MEZZARROBA, 2006).

Existe uma grande diversidade de atitudes diante das bebidas alcoólicas. Se, para alguns, as bebidas alcoólicas fazem parte do dia a dia e das principais comemorações, além de constituírem importante fonte de renda e de impostos para outros (MASQUES, 2001; MEZZARROBA, 2006). Mas, as civilizações que seguem a religião islâmica, as bebidas alcoólicas são estritamente proibidas em relação ao uso de álcool entre as mulheres

Assim, em cada sociedade e em cada tempo, encontramos padrões construídos e institucionalizados de uso das bebidas alcoólicas, tanto para o homem como para a mulher, e uma variedade de motivos e de oportunidades construídas para o ato de beber (CARLOTO, 2001; CÉSAR, 2006; FARAH, 2004). Nesta perspectiva, o consumo do álcool seria algo usado em diversas sociedades para diferenciar e regular os papéis de gênero. Em algumas sociedades, o uso do álcool seria visto como fazendo parte do mundo dos homens, sendo construído como uma demonstração de masculinidade (CARLOTO, 2001; CÉSAR, 2006; FARAH, 2004; SILVA; LYRA, 2013).

A proibição em algumas culturas do uso de álcool pelas mulheres, também simboliza a submissão destas, sendo um modo de controle do seu corpo e de seus comportamentos tendo como o argumento a questão religiosa, saúde e moral (CARLOTO, 2001; CÉSAR, 2006; FARAH, 2004; SILVA; LYRA, 2013).

Apesar das conquistas das mulheres em relação à sua emancipação, ainda sofrem com a desvantagem social devido a uma cultura ainda muito machista, preconceituosa e discriminatória: “a mulher não pode se embriagar” (SILVA; LYRA, 2013).

A relação entre os sexos, que permeia a história da humanidade desde os seus primórdios em diversas culturas, reservando ao homem o lugar hegemônico e à mulher o lugar de subalternidade a partir da doutrinação do seu corpo e do seu comportamento, propomos a desessencialização do olhar no que se refere à desigualdade de gênero, visualizando-o para além do biologicismo, mas enquanto categoria relacional e socialmente construída (CARLOTO, 2001; CÉSAR, 2006; MENÉNDEZ, 1982; MINAYO, 1998).

Tal concepção constitui a base da perspectiva da teoria de gênero compreendida como um sistema de signos e símbolos que denota relações de poder e hierarquia entre os sexos e no interior de relações do mesmo sexo (FARAH, 2004; MENÉNDEZ, 1982). Esse sistema inclui divisão sexual do trabalho e definições sociais para os gêneros e os mundos sociais que estes conformam (FARAH, 2004).

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

Cooling (2004) defende que ambos os sexos são capazes em desempenhar qualquer função, que não é a natureza que determinar, mas a sociedade que impõe à mulher e ao homem certos comportamentos e normas distintas.

Arruda (2002) e Minayo (1998), sugerem que atitude histórica, dinâmica e plural, atribuída ao conceito de gênero, decorrente da sua construção social, evidencia a vivência de diversificações nas compreensões de masculino/feminino e homem/mulher entre sociedades distintas, e até mesmo dentro de uma mesma sociedade apontando na construção do conhecimento comum.

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

Nesta perspectiva Arruda (2002) aponta a existência de elo entre a teoria das representações sociais e as teorias feministas de gênero. A autora parte do princípio que os

pontos de cruzamento entre gênero e representações sociais, um deles em destaque que melhoraria o diálogo. Pois, considera que a experiência feminina tomada como característica de uma cultura específica é colocada no mesmo pé que o senso comum, tem seu valor e sua validade, como Moscovici (2001) fez com as representações sociais. As representações sociais se fazem presentes na questão de gênero, uma vez que o simbólico é parte da construção da subjetividade e dos gêneros.

Nesta perspectiva, o estudo adotou a concepção, gênero indica o caráter social das diferenças baseadas no sexo, colocando em questão a naturalização das características tidas como femininas ou masculinas que são fixadas culturalmente como pertencentes a estes polos. Recusando o determinismo biológico, o gênero indica a criação social de ideias sobre os papéis ajustados aos homens e às mulheres. Enquanto o sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, o gênero diz respeito à sua construção enquanto sujeito masculino ou feminino (COOLING, 2004; SILVA; LYRA, 2013).

Desse modo, o gênero implica a atribuição de valores culturais a diferenças percebidas, marcando disputas de poder sobre a ideia que pode ser considerada culturalmente legítima e autorizada, configurando-se uma categoria de análise que manifesta a historicidade das diferenças sociais entre os sexos e explicando a relação entre práticas masculinas e femininas do passado e atuais.

Tais perspectivas demonstram que o discurso das diferenças existentes entre homens e mulheres não deve ser tratado de maneira secundária, pois essas diferenças 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. Nesse significado, a questão de gênero enfatizar a luta por direitos civis, políticos e sociais é vista como a tentativa feminista de ocupar espaços que no âmbito do discurso não lhes pertencem e é delegada a masculinidade (ALVES, 2001).

Para garantir esses avanços de equidade em mulheres, houve a necessidade de Convenções e Protocolos no âmbito das Nações Unidas, bem como, legislações nacionais que visem superar as desigualdades de gênero na sociedade, sobretudo, as diversas formas de estigmatização do gênero feminino, tal como o beber abusivo entre mulheres (ALVES, 2001).

Notamos que o papel feminino no núcleo familiar e social, apesar dos avanços que já se pode perceber, ainda permanece carregado de “preconceitos”, onde a natureza feminina ainda é vista como maternal recatada e, de preferência, imaculada. Conforme a opinião de estudiosos

como Campos e Reis (2010), uma parcela representativa da sociedade ainda vê a “boa” mulher como aquela dedicada aos filhos e ao marido. Mesmo sendo parceira ou totalmente responsável pela subsistência da família, enquanto força produtiva, a condição de mulher mantém relação com o papel de mãe, esposa e administradora do lar, responsável pela criação e educação dos filhos. A maioria das mulheres ainda é criada para este fim.

Sendo assim, não se aceitam desvios desta conduta classificada como apropriada ao papel feminino. O beber feminino ainda é estigmatizado, e o impacto na saúde física da mulher ocorre de forma mais rápida do que nos homens, pelo fato de que se manifesta com menor uso de doses de álcool ingeridas do que as toleradas pelos homens (NOVAES et al., 2000; SILVA; LYRA, 2013).

O termo estigma pode ser definido como marca física ou social de conotação negativa ou que leva a identidade dessa marca a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. A estigmatização ocorre quando se atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos (RONZANI; ANDRADE, 2006).

No campo da saúde, o uso de estereótipos, ou seja, a atribuição de características pessoais ou sociais a determinadas pessoas ou grupos antes mesmo de ser concretizada uma ponderação atenta, podem ser observados na classificação do comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou com a marca que lhes é conferida. Essa tendência é prejudicial tanto ao profissional, que deixa de perceber ou conhecer o problema mais a fundo, quanto ao cidadão, que deixa de receber uma intervenção adequada.

Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, o que pode provocar, entre outras consequências, o agravamento da situação (RONZANI; ANDRADE, 2006).

Goffman (2004) alega que um estigma significa a característica que reduz um indivíduo tão só a aspectos negativo-depreciativos, que o mesmo deixa de ser considerado uma pessoa comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída.

De acordo com Silva (2009), as identidades individuais e coletivas adquirem sentido através dos sistemas simbólicos quando são representadas. 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 sócio- histórico, ideológico e cultural ao qual estamos inseridos.

Silva (2009) expressa 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. O autor afirma que a identidade está relacionada aos discursos e práticas que tenta 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. No que concerne à subjetividade, ela está relacionada aos nossos pensamentos e emoções, assim como a construção do nosso Eu. No entanto essa subjetividade está diretamente relacionada a um contexto social no qual a cultura e a linguagem darão significado para a construção da identidade.

Nesse sentido, muitas vezes em situações de saúde, a condição de estigmatização pode ser muito mais danosa do que a patologia em si (RONZANI; ANDRADE, 2006), e pode contribuir significativamente para a perda da qualidade de vida dessas pessoas (PELUSO; BLAY, 2008).

Segundo Corrigan et al. (2005), as pessoas que possuem uma doença mental ou dependência química são concebidas como mais responsáveis por sua condição do que as pessoas que sofrem de outras doenças como câncer ou problemas cardíacos. Os autores ainda sugerem que a maior parte dos profissionais especializados em atendimentos aos usuários de dependentes de álcool e outras drogas acreditam que eles são parcialmente responsáveis pelo aparecimento do problema e totalmente responsáveis pela solução do mesmo, ou seja, apresentam uma percepção moral em relação ao usuário.

Essa postura também foi encontrada com predominância entre os profissionais de saúde da ABS (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009). Perante o impacto que o processo de estigmatização ocasiona sobre os serviços de saúde, a OMS estimule mais estudos nessa área, com particular atenção sobre a forma como a redução da estigmatização pode ser levada em conta em políticas sobre o álcool (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Nessa perspectiva, no que concerne ao uso de bebidas alcoólicas por mulheres, historicamente reprimidas e subjugadas, lhes são atribuídas condutas depreciativas e sua identidade passa a ser determinada com base no consumo, a 'bêbada', ocorrendo o que Goffman (2004) denomina de mortificação do seu EU, à medida que o discurso moralizante baseado nas diferenças entre homens e mulheres, dissemina e legitima sua conduta como inadequada, desviante e imoral.

A percepção errônea, transparecem nas atitudes de alguns profissionais de saúde, que veem tais mulheres como pessoas com desvio de personalidade particularmente inacessível (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005). Ademais, os profissionais de saúde conservam a ideia de que o sexo feminino controla melhor a ingestão de bebidas alcoólicas, no qual fariam com que apreciação deste uso abusivo fosse feito mais tardiamente que no homem.

Nóbrega e Oliveira (2005) apontam que a persistência na sociedade de representações sociais preconceituosas e estigmatizadas diante do uso abusivo do álcool por mulheres, consideradas mais imorais, com comportamentos inadequados, fazendo com que as mesmas procurem tratamento com menos frequência do que os homens, acarretando mais comprometimentos ao longo do uso.

Os mesmos autores indicam que existem várias dificuldades dos profissionais de saúde em investigar, ou mesmo considerar relevante o uso de bebidas alcoólicas nesse grupo. Provavelmente, mesmo diante de consequências físicas, psíquicas e/ou sociais decorrentes do beber feminino, os profissionais não conseguem estabelecer as correlações. Em geral, têm muita dificuldade de detectar o uso abusivo de álcool em mulheres. Têm-se, assim, as mulheres, por sua vez envergonhadas ou sem ter conhecimento destas consequências, que procuram ajuda indiretamente ou com queixas vagas sobre a saúde física e/ou psíquica, têm seu principal problema velado.

Conforme Peluso e Blay (2008), que a perda do apoio social pelas mulheres usuárias de álcool ocorre velozmente quando comparada aos homens usuários de álcool, devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem abusivamente. A pressão social para iniciar o consumo do álcool é menor entre elas, quando comparado aos homens, em detrimento de uma maior pressão para parar o uso de bebidas de forma exagerada. Assim, o julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo mais ríspido.

Nóbrega e Oliveira (2005) chamam atenção para o fato de que pessoas de ambos os sexos manifestam intolerância em relação ao beber abusivo feminino. Afirmam que entre as próprias mulheres que consomem bebidas alcoólicas a atitude expressada é de aversão.

Para Silva e Lyra (2015), mulheres que fazem uso abusivo de álcool sofrem muito preconceito com o estereótipo de maior agressividade e com a tendência à solidão, ao isolamento social. Percebe-se que os homens recebem mais apoio familiar, enquanto as mulheres recebem mais apoio de amigos para procurarem ajuda sobre essa problemática. Contudo, a literatura ressalta que a participação de um familiar apoiando no processo da

reabilitação é apontada como fator importante, tanto para o homem como para a mulher, no sentido do fortalecimento da motivação (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

No que concerne ao uso abusivo de álcool, os usuários/usuárias de tal substância historicamente são erguidos aspectos igualitários de maneira preconceituosa e discriminatória, algo que na contemporaneidade não se torna diferente. Designadamente, no que se refere à mulher, a representação social posta atribuir-lhe um lugar cujas funções previamente estabelecidas de mãe, esposa, cuidadora do lar e nutridora emocional e física dos seus familiares deve ser cumprida para reafirmação do seu papel social e o comportamento que se desvia dessa conduta é tratado de maneira estigmatizada (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Pode-se observar em alguns artigos publicados afirmando tais condutas preconceituosa e estigmas diante do uso das drogas especialmente ao uso de bebidas alcoólicas. O artigo elaborado por Campos e Reis (2010) sobre as representações e significados do uso de álcool por mulheres em tratamento no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), localizado na cidade de São Paulo. Revelaram que as representações são elaboradas de acordo com a lógica das relações de gênero, ou seja, as “mulheres que abusam do álcool” não cumprem suas obrigações sociais como “mães”, “donas-de-casa” e “trabalhadoras”.

Meira e Arcoverde (2010) publicaram um artigo sobre a atuação e a representação das enfermeiras de unidades básicas de saúde sobre o alcoolismo no Distrito Sanitário Sul do Município de Foz do Iguaçu, no Estado do Paraná. As participantes encontravam-se na faixa etária entre 26 e 47 anos. Apontaram como o principal aspecto da representação que as enfermeiras possuem sobre o assunto são os estereótipos formados a respeito da dependência de álcool, ou seja, quando abordados em relação ao tema, instantaneamente impõem estigmas ao usuário. As enfermeiras produziram estigma. Como conclusão, os autores salientam que a assistência dessas profissionais está pautada no modelo biomédico, havendo pouco compromisso da enfermeira com a questão política do alcoolismo. Também consideram que as representações dessas profissionais sobre o alcoolismo encontram-se apegadas ao pensamento do senso comum.

Um outro artigo publicado sobre o alcoolismo feminino das autoras Silva e Lyra (2015), propôs a conhecer o significado do beber entre mulheres que sofrem de alcoolismo e buscam tratamento através de um serviço especializado na cidade do Recife/PE. O trabalho foi de natureza qualitativa e ancorado na teoria das Representações Sociais. Os resultados do estudo, revelaram que o início do beber significou socialização e prazer, porém, com a dependência do

álcool, ele acende o preconceito e afastamento das pessoas, gerando solidão devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem nocivamente. As mulheres com diagnóstico de alcoolismo, ainda apontaram uma percepção negativa desta dependência, sendo a solidão o significado mais representativo, se sentindo mais penalizadas do que os homens.

Partindo dessa perspectiva, compreendemos que as diferenças que constroem identidades, também oprimem, violentam, excluem e marginalizam, tornando-se mais cruéis quando o discurso da inferioridade é interiorizado pelas mulheres, sobretudo pelas mulheres com uso abusivo de álcool, forjando assim uma identidade sempre sujeitada, fragilizada, subjugada cujo discurso discriminatório e estigmatizador ocupa, em muitos casos, o lugar da naturalização dessa violência também simbólica, posicionando-as sempre num lugar de subalternidade. Esses discursos quando interiorizados permitem a reprodução das práticas perversas de opressão que apresentam um impacto, sobretudo no processo saúde-doença desse contingente, à medida que as inúmeras situações a que são submetidas, segundo Saffioti (2013), são responsáveis pelo surgimento de inúmeras patologias tais como depressão e o consumo seguido da dependência de substâncias psicoativas, assim como, o surgimento de transtornos mentais que poderão acometer as mulheres expostas a essas situações.

Portanto, o crescente fenômeno social do uso e abuso de álcool entre as mulheres merece grande atenção por parte da comunidade científica, a fim de prover apoio em políticas públicas eficazes nas práticas de intervenção de saúde pelos os danos e os prejuízos nas áreas psicológicas, biológicas e sociais devido ao abuso de álcool entre essa população. E que nos levam a pensar que estar com saúde ou doente dependem apenas da responsabilidade individual e não das interações políticas, sociais, culturais e econômicas.

3.3 O ÁLCOOL NO ORGANISMO FEMININO

O universo científico define-se que o álcool é uma droga psicotrópica, que no início da ingestão provoca um efeito enaltecendor, que deprime os centros inibidores do cérebro, fazendo com que o indivíduo se torne mais expansivo e menos inibido. No segundo momento, à medida que o nível de intoxicação aumenta, o efeito depressor torna-se mais dominante, reduzindo a atividade nas áreas do cérebro que são responsáveis pela estimulação, ou seja, a sedação e o sono se estabelecem. Também compromete a visão, o equilíbrio e reduz o controle muscular, de forma que a fala fica enrolada e a coordenação reduzida. Prejudica também a concentração e o julgamento, abrindo espaço para tomadas de decisão equivocadas e/ou não desejadas

(DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). Alguns prejuízos biológicos são imediatos, principalmente as lesões corporais e outros danos associados à intoxicação ou à elevada concentração de álcool no sangue (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas é um dos quatro principais fatores de risco às doenças não transmissíveis que são susceptíveis de modificação e prevenção. Também surgem indícios de que o uso contribui para o aumento da carga de morbidade relacionada a doenças transmissíveis como, por exemplo, a tuberculose e a infecção pelo *Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome* (HIV/aids) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A intoxicação aguda é uma das consequências previsíveis da ingestão de quantidades importantes de bebidas alcoólicas em um período limitado (IKEHARA et al., 2008). As alterações no comportamento, nas funções cognitivas e nas funções motoras dependem de vários fatores, tais como a dose ingerida, a velocidade de absorção, o peso corporal e a genética do indivíduo, assim como o aumento da tolerância aos efeitos do álcool que ocorre com o beber sistemático. Existe relação entre os níveis sanguíneos de etanol e os efeitos clínicos.

Porém, nos indivíduos que fazem uso crônico de etanol, esses sinais de intoxicação aparecem apenas com alcoolemias maiores (IKEHARA et al., 2008). Somado à maior disponibilidade de álcool no organismo feminino, o uso abusivo de álcool entre as mulheres está associado a inúmeros problemas de saúde a longo prazo, tais como, desenvolvimento da osteoporose (SAMPSON, 2002), câncer de mama (KANIS et al., 2005), problemas reprodutivos (EMANUELLE et al. 2002), doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e danos cerebrais induzidos pelo álcool (IKEHARA et al., 2008). Com relação aos riscos da intoxicação aguda, as mulheres estão em maior risco de experiências de violência, como agressão sexual (CHERMACK; BOOTH; CURRAN, 2006).

As mulheres ainda apresentam uma progressão mais rápida para o abuso ou dependência ao álcool do que os homens (CÉSAR, 2006), e maior propensão a desenvolver cirrose hepática após um período de tempo mais curto e com menor quantidade de álcool, e como resultado, apresentam também maior probabilidade de morrer de cirrose (NOVAES et al., 2000). Outra importante consideração acerca do uso de álcool entre as mulheres são as consequências potencialmente prejudiciais do uso durante a gravidez. Desde o início da década de 1970 vem sendo discutido na literatura científica os danos causados pela substância ao embrião (FOSTER; MARRIOTT, 2006).

Apesar de existir uma diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez, cada vez mais é observado um aumento do consumo pela população feminina e, em consequência disso, grande parcela de mulheres e fetos são expostos aos efeitos do álcool. O fato é preocupante, principalmente quando se sabe que o consumo de álcool durante a gestação envolve grande risco, devido à embriotoxicidade e teratogenicidade fetal que a ele estão relacionadas, transformando em um grave problema de saúde pública (MARTINEZ-FRIAS et al., 2004).

Bauer (2004) e César (2006) apontam que apesar do gênero feminino beber abusivamente mais tardiamente do que os homens, a forma como metabolizam o álcool parece deixa-las em risco de desenvolver complicações físicas mais precocemente do que eles. Isso contribui para reforçar o estigma, termina gerando prejuízos mais graves às mulheres do que aos homens, pelo fato de que o impacto na saúde física da mulher ocorre com menor uso de doses de álcool ingeridas do que as toleradas pelos homens.

No âmbito científico, as pesquisas realizadas recentemente revelam o aumento de números de pessoas fazendo uso abusivo de bebidas alcoólicas incluindo o gênero feminino. No contexto internacional, a Organização Mundial De Saúde divulgou em 2018 um relatório sobre o consumo de álcool no mundo e também noticiou alguns avanços alcançados pelas políticas de Redução do Uso Abusivo do Álcool adotadas em 194 países. O relatório apresentou uma perspectiva abrangente sobre o consumo global, regional e nacional de álcool, os padrões de beber e as consequências para a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Destacou que cerca de 2,3 bilhões de pessoas consomem álcool atualmente, mas o consumo varia entre as regiões. Mais de um quarto (27,0%) de todas as pessoas de 15 a 19 anos bebem atualmente, com as taxas de consumo atual mais altas nessa faixa etária na Europa (44,0%), seguida das Américas e do Pacífico Ocidental (ambas com 38%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Esse relatório ainda ponderou que o uso abusivo do álcool causa a cada ano 3,3 milhões de mortes, e uma proporção considerável delas em pessoas jovens. O consumo de bebidas alcoólicas continua ocupando o terceiro lugar entre os principais fatores de risco de morte prematura e incapacidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Além disso, comparou com o levantamento de dados realizados em 2016, que apontava para 4,0% de todas as mortes no mundo foram atribuídas ao álcool, mais do que as mortes causadas por HIV/aids e que permanece sem alteração expressiva este dado.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (2018) referenciou que o consumo de álcool cresceu mais de 70,0% em relação ao levantamento de 2016. Apontou ainda um maior percentual de mortes entre os homens do que entre as mulheres por causas relacionadas com o álcool. Contudo, observou o aumento constante no uso abusivo de álcool entre as mulheres jovens em nível mundial. O grupo de idades mais afetado é entre 20 e 39 anos, tanto para os homens quanto para as mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (2018) destacou ainda que consumo de álcool não só pode levar à dependência, mas também aumenta o risco de desenvolver mais de 200 doenças, incluindo cirrose hepática e alguns tipos de câncer. Além disso, enfatizou que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à violência e lesões. Ainda constatou que o uso abusivo do álcool torna as pessoas mais suscetíveis a doenças infecciosas, como a tuberculose e a pneumonia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). E apontou que a aproximadamente 40,0% da população brasileira consumiram o álcool nos últimos 12 meses, em que os homens são maioria de 54,0%, enquanto que as mulheres foram de 27,3%, e 18,7% não foi nos últimos 12 meses que aconteceu o consumo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Revelou ainda que o consumo de álcool, esteve associado a 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática e a 36,7% e 23,0 % dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres. Especificamente em relação aos transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 4,2% (mulheres: 1,6%; homens:6,9%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

O Brasil realizou dois levantamentos de abrangência nacional. No primeiro deles, realizado nas 107 maiores cidades brasileiras, no ano de 2001, constatou que 2,0% das mulheres bebem muito frequentemente (em média 6 doses, todos os dias) e 11,0% bebem frequentemente (1 a 4 vezes por semana) e 16% ocasionalmente (1 a 3 por mês) (GALDURÓZ et al., 2005),

Verificou-se, também, que no último ano 18% delas relataram já terem bebido de forma abusiva (beber se embriagando). Na quantidade de doses consumida em uma única ocasião, 3,0% das mulheres consomem mais do que 12 doses, e 14,0% delas consomem de 5 a 11 doses. Em todas as situações as bebidas mais consumidas são cerveja e vinho (GALDURÓZ et al., 2005). No II Levantamento, realizado em 2005 o uso na vida de álcool nas 108 maiores cidades do país foi de 74,6%, porcentagem maior que em 2001, que era de 68,7%, na população geral. A prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 12,3% da amostra, com as mulheres alcançando 6,9%. Comparando com 2001, o aumento foi de 21,1% para as mulheres (CARLINI et al., 2007).

Atualmente, foi reconhecido que o abuso de álcool em uma única ocasião se tornou popular entre os adolescentes e jovens adultos de ambos os sexos e, nos últimos 10 anos, o consumo entre mulheres tem aumentado, recebendo, portanto, grande atenção da mídia (BERRIDGE; HERRING; THOM, 2009). Anualmente, é realizada uma pesquisa sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, denominada VIGITEL, realizada com pessoas com mais de 18 anos, nas capitais estaduais e no Distrito Federal. Considera-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas a ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Concebe-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho (BRASIL, 2017).

Em 2017, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 19,1%, sendo maior para os homens (27,1%) do que para as mulheres (13,0%). E o consumo abusivo de álcool entre as mulheres de Recife é uma das maiores frequências (12,1%), quando comparado às demais capitais. Em ambos os sexos, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a diminuir com a idade a partir dos 35 anos e a aumentar com a escolaridade (BRASIL, 2017).

As pesquisas tanto internacionais quanto nacionais apontam que o álcool é a droga psicotrópica mais consumida entre o público jovem de homens e de mulheres, que experimenta a substância cada vez mais cedo.

Isto reflete claramente a importância de elaborações de medidas preventivas e de estratégias de redução de danos para os problemas relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas enfatizada pela Organização Mundial de Saúde (2018), ainda não valorizado suficientemente pelos profissionais de saúde e pela sociedade. A título de enriquecimento, vale ressaltar que no Brasil já podemos observar um movimento neste sentido, como no caso do “beber e dirigir” e as campanhas contra a violência no trânsito, divulgadas na mídia escrita, falada e televisiva: “Se beber não dirija. Se dirigir não beba”.

Contudo, no que concerne ao beber feminino, percebemos que tanto os programas quanto as campanhas existentes, voltadas à prevenção e ao tratamento dos problemas decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas, não são estruturados considerando as singularidades do universo feminino.

Os problemas relacionados ao álcool entre as mulheres têm sido, frequentemente, negligenciados, sendo vistos como não merecedores de ajuda ou atenção, ou resultando em

punição ao invés de cuidado (KERR-CORRÊA et al., 2005, 2008). No entanto, elas que eram tradicionalmente consideradas consumidoras leves de bebidas alcoólicas, estão alcançando padrões de consumo abusivo equivalentes aos dos homens (PILLON et al., 2014).

Pelo até então exposto, constata-se o papel danoso do álcool, e percebe-se que seus efeitos vêm corroborando para que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas se torne um grande desafio no campo da saúde pública mundial. Esse impõe à sociedade uma carga global de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos, representando uma das principais enfermidades do século XXI (ANDRADE; ANTUNES, 2009).

4 AMPLIANDO O OLHAR EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

“ Eu estarei aqui desde que você me cuide, eu falo contigo assim como você me trata,
eu acredito no que você me mostra”
(Frida Kahlo)

Essa problemática remete à necessidade de viabilizar estratégias, dentro da realidade dos serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS), para a promoção da saúde e a prevenção de danos e de riscos, a fim de amenizar os problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool para as usuárias destes serviços. Vale citar, que no Brasil estima-se que o percentual de pessoas que procuram o serviço de atenção básica à saúde para atendimento em saúde de forma geral, atinja entre 50 a 65% da população e que a maioria deste atendimento são realizado em mulheres (BRASIL, 2011).

4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Nesse cenário, é de fundamental importância evidenciar as novas perspectivas sobre Política de Drogas, bem como sua relação com a Saúde Mental, e problematizá-las a partir dos padrões de risco pelo o consumo de bebidas alcoólicas na saúde da mulher no contexto de cuidado, haja vista que, trata-se do campo referencial na oferta tanto de serviços especializados como da atuação dos profissionais de saúde nos serviços de. Atenção Básica à Saúde

No campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil, é fundamental apresentar um pouco do conhecimento sobre a historicidade dos fatos e fenômenos sociais para explicitar a reforma da psiquiatria brasileira e poder entender a origem de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que precisam ser vinculados às unidades de atenção básica de saúde, conjuntamente com uma rede de atenção à saúde mental. Essas apresentações servirão também para situar diretrizes atuais de assistência a pessoas com problemas devidos ao uso de álcool e outras drogas. Ressaltamos o olhar na saúde mental através da história entre o final do século XX e o início do século XXI, pois passaram por profundas modificações denominadas Reforma Psiquiátrica que aconteceu em muitos países incluindo o Brasil, com reestruturação das políticas e serviços voltados atenção à saúde mental (AMARANTE, 2008).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é descrita como processo social que articula diversos atores, entre eles os profissionais de saúde, usuários, familiares, serviços, conselhos profissionais, parlamentares e outros com a finalidade de instalar formas acolhedoras, não

asilares, de lidar com a diferença, com a loucura, com o sofrimento mental (AMARANTE, 2008).

A assistência psiquiátrica brasileira oficial iniciou em meados do século XIX, com a fundação do Hospício Pedro II. Outros padrões de manicômios foram criados ao longo do mesmo século. Seus programas de tratamento preconizavam a correção da loucura, entendida como distúrbio moral, por meio do trabalho (laborterapia)(AMARANTE, 2008).

O modelo asilar progrediu de forma privilegiada ao longo de quase todo o século XX. Houve aumento substancial do número de leitos privados a partir da década de 1960 (Ditadura Militar), com correlata exploração comercial da loucura (AMARANTE, 2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve suas origens no final da década de 1970, em meio ao movimento pela redemocratização do país, momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica desencadearam estudos e trouxeram a público dados e informações de órgãos públicos como, por exemplo, do MS, antes não valorizados, tais como número de leitos, custos e qualidade da assistência. Os dados do Centro de Informações de Saúde, do MS, revelaram que em 1988, o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos disponíveis em todo o país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica, 21,6% (AMARANTE, 2008).

A Reforma Psiquiátrica é entendida como o processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem.

Alverga e Dimenstein (2006, p. 27) alertaram que a reforma deveria buscar, antes de tudo, uma emancipação pessoal e social, que permitisse o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social e “que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo” de forma a buscar o convívio livre e tolerante com a diferença.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fortemente influenciada pela experiência italiana (AMARANTE, 1995). A Psiquiatria Democrática Italiana, centrada no conceito de desinstitucionalização, procurou ir além do racionalista problema-solução, para construir alternativas ao saber psiquiátrico e ao modelo asilar. Constatou-se a impotência histórica da psiquiatria para alcançar a solução-cura para a “doença mental” e denunciou-se o acúmulo de categorias diagnósticas como disfarce dessa impotência (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Foi proposto substituir um objeto imaginário, a loucura ou a doença mental, por um objeto real,

o cidadão e seu sofrimento, contrapondo ao pessimismo da razão e aperfeiçoando as práticas da reabilitação psicossocial em todos os níveis de atenção à saúde (AMARANTE, 1995).

Nesta perspectiva, a Reforma Psiquiátrica Brasileira caminhou com influência da experiência italiana em instalar uma sociedade sem manicômios, sejam eles físicos (hospitais) ou simbólicos (formas de relação humana). Na experiência italiana, a desinstitucionalização iniciou no interior do próprio manicômio, aproveitando as estruturas existentes para acabar com o modelo asilar por dentro. Serviços inovadores foram instituídos para operacionalizar as diretrizes, como Centros de Saúde Mental e Centros de Toxicodependentes (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Uma vez que esses serviços devem substituir o manicômio, podem ser descritos como serviços substitutivos. Idealmente plurais, heterogêneos e organizados em rede, fornecem alternativas ao modelo único representado pelas práticas de exclusão asilar.

Embora baseado em modelos internacionais, marcadamente a Psiquiatria Democrática Italiana, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento. Alguns marcos da Reforma Psiquiátrica foram: a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978; a VIII Conferência Nacional de Saúde; a I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987; a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, em 1987; a intervenção da Prefeitura de Santos em manicômio privado e a implantação de serviços substitutivos em 1989, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº10.216), em 2001, que estabeleceu a primazia dos serviços substitutivos (AMARANTE, 2008). A rede de serviços na atenção à saúde pode ser composta por centros de referência, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, residências terapêuticas, entre outros, com importante participação das unidades de Atenção Básica de Saúde.

Destacamos que o Centro de Atenção Psicossocial é responsável pelo atendimento ambulatorial especializado diário de uma parcela dos usuários, evitando internações, promovendo a reabilitação psicossocial, corresponsabilização e cidadania. Contudo, necessita ainda colaborar para organizar a assistência nos outros pontos da rede de saúde mental, articulando a ação de cada um quanto aos projetos terapêuticos singulares e orientando os respectivos profissionais na forma de apoio matricial. Para os problemas com uso de álcool e outras drogas, essas funções são atribuídas ao Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (AMARANTE, 2008; ELLA, 2005).

Nas últimas décadas significaram intensas conquistas e transformações nas políticas de saúde e de saúde mental. O movimento que criou o SUS e centrou-o na Atenção Básica à Saúde foi acompanhado de questionamentos dirigidos à assistência psiquiátrica. A Reforma Sanitária, com sua ênfase na Atenção Básica à Saúde, na defesa do controle social, da universalidade e da integralidade da atenção, apresenta evidentes congruências programáticas com a Reforma Psiquiátrica. As ações de Atenção Básica à Saúde, organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família, baseadas na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, podem ser fundamentais para a construção de alternativas às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais e dependência química (BRASIL, 2000, 2003).

Preconiza-se a importância do apoio matricial às equipes de Atenção Básica à Saúde, da formação permanente dos profissionais e da sistematização dos indicadores específicos de saúde mental na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2009). A Reforma Psiquiátrica não deve se limitar à extinção física dos manicômios. Ela implica estabelecer novas formas de lidar com as pessoas que estão em sofrimento mental. Implica criar novos e diversos espaços de sociabilidade, que contemplem a diversidade da vida social. Por isso, também é evidente que esse movimento não deve se restringir à abertura de CAPS (AMARANTE, 2008).

Amarante (2007) argumenta que para alcançar e ampliar os objetivos propostos da Reforma, é primordial estar sempre junto à população, estabelecendo vínculos significativo, confiante e protegido, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e criando formas de intervir nele. Trata-se de diretrizes da Saúde da Família. Por isso, a produção de ações em saúde mental, pelas Equipes de Saúde da Família (e sua articulação em rede) pode ser vista como a forma mais promissora de mobilizar os recursos da comunidade e de concretizar e de ampliar Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2008; DALLA; MARTINS, 2009).

Desta forma, a Atenção Básica à Saúde não é excepcionalmente conjunto de serviços, mas também conjunto de princípios e de valores que devem guiar a (re) organização global dos sistemas de saúde. Ela indica certo modelo de organização das práticas de saúde, que enfatiza a universalidade, a prevenção, o protagonismo dos atores, o compartilhamento de decisões, a promoção de encontros significativos e permanentes entre pessoas, profissionais e usuários (BRASIL, 2013; COELHO, 2008; TANAKA; RIBEIRO, 2009). Seus atributos distintivos são os seguintes:

- a) Acompanhamento próximo: delimitar previamente a população a ser atendido, conhecê-la bem; garantir que os profissionais se sintam implicados e responsabilizados pelo atendimento à população identificada; organizar serviços e profissionais geograficamente próximos à população;
- b) Acompanhamento longitudinal: estabelecer relações de caráter continuado entre profissionais e usuários; constituir-se como porta de entrada estável e funcional ao sistema de saúde; indicar profissionais de referência aos usuários; construir vínculos, relações de confiança entre os atores;
- c) Cuidados integrais : combinar todo o aparato curativo e de exames com abordagens preventivas, de promoção de saúde e com estratégias de suporte social, com vistas a fornecer respostas integrais aos problemas dos usuários; adotar postura proativa, buscando os usuários em seus contextos de vida;
- d) Cuidado focado na pessoa, que implica não reduzir o usuário à sua doença, considerar seu conjunto de características biológicas, psicológicas e sociais;
- e) Integração com outros serviços de saúde e com outros setores (educação, ação social, outros.); realização de encaminhamentos responsáveis, ou seja, com acompanhamento de seus resultados.

É fundamental adotar a coordenação do cuidado de cada caso quanto aos distintos pontos da rede de serviços. Preconiza-se que a Atenção Básica à Saúde não atenda simplesmente a doentes, mas sim a pessoas; que suas referências espaço-temporais sejam a proximidade e a continuidade; que seja resolutiva para a grande maioria dos casos (cerca de 80%); que não abandone os aparatos curativos, mas que não se limite a eles, adiantando-se à demanda e centrando-se na promoção da saúde; que seja ao mesmo tempo a porta de entrada e a principal referência dos usuários, mesmo quando são atendidos também em outros serviços (COELHO, 2008; LUCCHESI et al., 2009).

Segundo esses princípios, o foco do sistema de saúde deve deixar de ser a cura de doenças (curativismo) ou a abordagem de doenças prioritárias, embora essas tarefas não deixem de acontecer. O objetivo principal passa a ser a promoção da saúde, ou seja, a transformação de condições pessoais, ambientais e sociais em direção à maior qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008).

Na consolidação destes princípios e dos objetivos, não podemos abstrair de conhecimentos e ações de saúde mental. Desconsiderá-los tornaria impraticáveis abordagens integrais, holísticas, com foco na pessoa. Apesar disso, continuam baixos os níveis de efetiva integração da saúde mental à Atenção Básica à Saúde em todos os países. Mundialmente, milhares de pessoas sofrem com transtornos mentais, como depressão, esquizofrenia, problemas com álcool ou outras drogas, associados a enormes custos pessoais, sociais e econômicos, à exclusão social, estigma, violência, altas taxas de incapacidade e suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008; LUCCHESI et al., 2009).

Segundo Coelho (2008), o baixo nível de integração entre saúde mental e atenção básica pode ser atribuído a certa combinação de três fatores relativos : os usuários, que ignoram os sintomas e resistem em buscar ajuda; os profissionais, pela ausência de incentivo à educação continuada, preconceito e falta de interesse; e por fim, os sistemas de saúde por falta de recursos materiais e humanos. Além disso, as tradições culturais relacionadas ao estigma e à exclusão das pessoas com transtorno decorrentes do uso de drogas.

A discrepância entre demanda e oferta em serviços da atenção básica é gritante especialmente no que diz respeito aos problemas com álcool. Pesquisa realizada que em 37 países, um deles o Brasil, com o objetivo de averiguar a quantidade de pessoas que apresentavam transtornos mentais e não recebiam tratamento, constatou a falta de tratamento e de investigação voltado ao transtorno de ansiedade generalizada, que apresentou uma média de 57,5% dos pesquisados e a maior evidência encontrada se referia ao uso abusivo e dependência de álcool, apresentou a média expressiva de 78,1% dos entrevistados sem tratamento ou encaminhamento desta problemática (KOHN et al., 2004).

Ressaltamos, que o conjunto de funções da Atenção Básica à Saúde inclui, principalmente, estratégias para identificação precoce de transtornos mentais, acolhimento e acompanhamento de usuários portadores dos transtornos mais frequentes, bem como de transtornos mais graves estabilizados, realizando encaminhamentos quando necessário. Os serviços devem atuar junto a todos os usuários, na promoção de saúde e na prevenção ligada a temas de saúde mental, bem como considerar o sofrimento mental que acompanha todas as doenças “corporais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008).

As diretrizes indicadas pela OMS, e adotadas também pelas políticas brasileiras, recomendam a adoção de estratégias para identificação e abordagem de problemas relacionados

ao consumo de álcool na Atenção Básica à Saúde . Essas estratégias podem ser descritas como Triagem e Intervenção Breve (TIB). Neste sentido, pode-se cogitar que a falta destas estratégias, constatada na pesquisa acima citada, e a ausência de uma atuação focada nas intervenções breves de acolhimento (HEATHER, 2004), pois, o foco dessas estratégias não é tratar a dependência de álcool, mas sim abordar a gama variável de problemas com o álcool, especialmente os padrões de uso arriscado e de uso abusivo, junto a usuários que se dirigem normalmente aos serviços por outros motivos (RONZANI et al., 2007; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Visando a prevenção de problemas decorrentes do abuso do álcool, na década de 1980 a OMS desenvolveu um instrumento de rastreamento para a dependência de álcool (o questionário AUDIT), e propôs estratégias de TIB para o uso abusivo da substância. Essa forma de trabalho, de reconhecimento precoce e de intervenção rápida, foi adotado no Brasil (AASLAND; NYGAARD ; NILSEN, 2008).

O objetivo básico da TIB é reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas ou, mais precisamente, reduzir as chances e condições que favoreçam o desenvolvimento do alcoolismo. Tendo metas bem estabelecidas para cada usuário, individualmente, a partir da clara identificação do seu padrão atual de consumo e os riscos associados (HEATHER, 2004), Os modelos difundidos de intervenção frequentemente adotam princípios de “feedback, corresponsabilidade, aconselhamento, menu de mudanças de comportamento, empatia e auto eficácia” (HEATHER, 2004),

Pesquisas publicadas, em diferentes países, focalizados nos contextos da Atenção Básica à Saúde , apontaram que TIB são eficazes para alterar as condições de risco e diminuir uso problemático de álcool (KANER et al., 2009). A Triagem e a TIB para problemas com o álcool revelou relação custo-benefício positiva, superior a intervenções desenhadas para outras condições médicas, devendo ser priorizadas (SOLBERG; MACIOSEK ; EDWARDS, 2008).

Para triagem, sugere-se a aplicação sistemática do AUDIT a todos os usuários de Atenção Básica à Saúde. O AUDIT é composto por dez perguntas, elaborado especialmente para uso por profissionais de saúde nos serviços da Atenção Básica à Saúde, validado em diferentes países inclusive o Brasil, disponível em diferentes línguas, focado no comportamento de alcoolização recente (últimos 12 meses). Permite identificar não só situações que sugerem dependência do álcool, mas também padrões de consumo de baixo-risco, de consumo de risco e de uso abusivo (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003).

Para cada um dos níveis de consumo identificados, indicativos de baixo risco, risco, uso abusivo e dependência, recomenda-se, respectivamente, educação em saúde, aconselhamento, TIB e encaminhamento. Espera-se que a Atenção Básica à Saúde tenha atuação importante em todas essas situações: que reforce orientações junto a consumidores de baixo risco; que se responsabilize pela intervenção e acompanhamento junto a usuários de risco e consumidores em uso abusivo; que intervenha junto a possíveis dependentes de álcool, promovendo, nesse último caso, motivação para o tratamento e garantindo encaminhamento a serviços especializados (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003).

O aconselhamento e a TIB são destacados como instrumentos de baixo custo, eficácia comprovada e rápida aplicação, tornando-se viáveis em contextos sobrecarregados por demanda intensa e heterogênea, como são em geral os serviços de Atenção Básica à Saúde. Sugere-se que todos os profissionais, médicos, enfermeiros, entre outros, incluam estratégias de TIB em sua rotina de trabalho.

Neste sentido, o aconselhamento e TIB, implicam numa escuta empática e sem o julgamento moral, e uma negociação de decisões e de objetivos a serem alcançados, fornecimento de informações, promoção da motivação e implicação do usuário em acompanhamento continuado (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003).

Todavia, há uma série de fatores comumente impedindo a implantação da TIB pelos os profissionais dos serviços da Atenção Básica à Saúde. Os impedimentos são, a falta de formação para lidar com o tema; medo de abordar questões pessoais e constrangedoras junto aos usuários; a crença de que problemas com álcool não devem ser abordados e sim em serviços especializados, falta de tempo para realizar essa intervenção, desta forma, inviabilizando a implantação da TIB neste espaço de cuidado (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; NILSEN; KANER; BABOR, 2008).

Para responder a esses impedimentos, argumenta-se que a falta de formação pode ser real, mas não é definitiva nem difícil de ser superada; que a TIB despende pouco tempo, sendo compatível com as demais atividades de Atenção Básica à Saúde; que numerosos estudos mostraram que usuários em geral não se sentem constrangidos com questões relativas ao consumo de álcool e que TIB na Atenção Básica são eficientes (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; NILSEN; KANER; BABOR, 2008). Portanto, a integração de ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde é vista como principal para a abordagem do sofrimento mental que acompanha qualquer problema de saúde bem como dos transtornos mentais, psicóticos ou não, de variados níveis de gravidade e dos problemas com álcool e outras drogas.

Porém, as pesquisas que investigaram percepções, crenças e práticas de profissionais de USF quanto aos transtornos mentais, identificaram a persistência de uma série de problemas. Crenças sobre as causas dos transtornos evocavam imaginário associado ao “trauma psicológico”, mas também aos estigmas de pobreza e degeneração (COSTA; OLIVO, 2009; OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007).

Além disso, foram identificados temores dos profissionais quanto a possíveis comportamentos agressivos dos usuários; ausência de registros em prontuários; dificuldades em estabelecer vínculos; permanência de referências biologizantes para a compreensão do fenômeno, de comportamentos moralizantes e repressivos e da internação como único ponto de vista terapêutico; ausência de estratégias definidas, de planejamento e de fluxos específicos e recurso à medicação como única possibilidade de tratamento. Notou-se, ao mesmo tempo, a falta de estratégias para lidar com violência e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (DIMENSTEIN et al., 2005; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SILVA et al., 2005).

Na pesquisa realizada por Delfini et al. (2009) revelaram que os profissionais de saúde pesquisados acreditavam não estar preparados para lidar com os transtornos decorrente pelo uso de drogas, percebiam que sua formação na graduação não abrangia este tema, avaliavam que as capacitações oferecidas pelos municípios são insuficientes, gerando sentimento de impotência e frustração.

Os estudos apontam que o apoio matricial dos profissionais de USF como sobrecarga de trabalho. E que a cooperação entre CAPS-ad e rede de Atenção Básica à Saúde ainda é precária e que os serviços se apresentam isolados (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DELFINI et al., 2009).

Esse conjunto de pesquisas demonstrou, em diferentes contextos, a falta de formação específica, de conhecimentos e de práticas condizentes com diretrizes tanto internacional quanto nacional sobre TIB. Empecilhos já identificados, discutidos e relativizados (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003) foram comuns: percepção de falta de tempo, crença do profissional na sua incapacidade de intervir e no caráter delicado do assunto. A implantação de estratégias de abordagem dos problemas com o álcool nos serviços da Atenção Básica à Saúde se revela difícil em todos os países.

4.2 DESAFIO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA PERANTE O CONSUMO DE ÁLCOOL

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” afirma que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é problema de saúde pública maior e mais grave do que todas as drogas ilícitas juntas. A Política propõe que os serviços de Atenção Básica à Saúde devem desenvolver ações consistentes de prevenção de problemas decorrente a este consumo junto aos seus usuários. Devem primar pela inclusão dos usuários com problemas com o álcool em geral, e dos dependentes de álcool em específico, oferecendo alternativas de atenção integral e intersetorial, orientando-se pela lógica de redução de danos (BRASIL, 2006, 2009, 2011, 2013).

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A RAPS busca ampliar e promover o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011). Tendo como objetivos:

- a) Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- b) Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- c) Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Dessa forma, os usuários de drogas, os seus familiares e a comunidade na qual estão inseridos, devem contar com a atuação de uma equipe interdisciplinar, defendendo uma proposta de reabilitação psicossocial, onde, acima de tudo, haja respeito às escolhas do usuário e à sua singularidade. O usuário deve participar da discussão de seu projeto terapêutico, o que para Pinho, Oliveira e Almeida (2008) estabelece uma base principal, em favorecer a sua corresponsabilidade, o resgate de sua autonomia e possibilita-lhe ampliar a qualidade vida e saúde.

A reabilitação psicossocial constitui um dos componentes da RAPS, é compreendida como ações de fortalecimento de usuários e familiares mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que promovam o exercício dos direitos de cidadania e a produção de novas possibilidades para projetos de vida. São exemplos de estratégias de reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, empreendimentos solidários, centros de convivência e cultura, grupos de teatro, pontos de cultura, moradias solidárias, entre outras iniciativas desenvolvidas nos diversos pontos de atenção da rede (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

A RAPS é concebida como uma estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades e danos provocados pelo uso de drogas, agravos ou doenças que acometem as populações, nas regiões em que vivem, pautada na lógica de que muitos dos elementos e fatores que geram transtorno mental estão ligados a fatores do meio no qual estão inseridos.

A RAPS adota como princípios de sua inserção a ética, o respeito aos direitos de cidadania, o combate aos estigmas e preconceitos, o acesso e a qualificação das ofertas e ampliação das modalidades de ações e serviços (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) propõe que a assistência aos usuários de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados.) De acordo com Ministério da Saúde, a RAPS é uma estratégia no âmbito de política de drogas integrando os pontos de atenção à saúde (Quadro 1).

Quadro 1- Os Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Na Atenção Básica	• Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	• Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em hospital geral; • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégia de Desinstitucionalização	• Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); • Programa de Volta para Casa (PVC).
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas sociais.

Fonte: Adaptado de Brasil (2011)

Nesta perspectiva, a identificação de problemas com o uso de álcool é inserida na esfera da atenção básica a saúde como mecanismo estratégico da RAPS para promoção dos cuidados em saúde e em ações preventivas e redução dos danos, além disto, espera-se a visibilidade da atenção à saúde da mulher para o beber feminino na redução do impacto negativo individual e social diante o consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres (PILLON et al., 2014).

Neste aspecto a importância de detectar precocemente comportamentos de risco, como também ter informações sobre características sociodemográfico, quantidade de consumo de bebidas alcoólicas e consequências do consumo excessivo de álcool têm sido indicados estes dados para obter resultados bem-sucedidos em políticas públicas na questão do consumo de álcool na população. Em geral, observa-se que o risco de consumo excessivo e de dependência de bebidas alcoólicas se difere em função das características sociodemográfico (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

O Ministério da Saúde destaca também o objetivo de que a política de álcool e outras drogas seja articulada com áreas afins (SILVEIRA et al., 2003). A política encontra-se voltada para o estabelecimento de ações intersetoriais, e tais ações devem constituir-se na interface do MS com outros ministérios e com o envolvimento da sociedade no debate, formulação e acompanhamento do processo (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Revela-se um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Passos e Souza (2011) apontam os compromissos éticos adotados hoje para a saúde, segundo a política do Ministério da Saúde :

- a) Focar a questão do álcool e outras drogas como um problema de saúde pública;
- b) Indicar o paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento;
- c) Formular políticas que possam rever e discutir o senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão;
- d) Mobilizar a sociedade civil para participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais, para o fortalecimento de parcerias estaduais e municipais.

É importante sublinhar que outras políticas setoriais específicas também abordam o tema álcool e outras drogas. É o caso da Política Nacional de Promoção de Saúde, que, ao ter

como finalidade promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tem como objetivos específicos reduzir a morbi-mortalidade associada ao abuso de substâncias (BRASIL, 2006, 2009).

Essas políticas também pressupõe a organização da prevenção e do tratamento sob a ótica da redução de danos e da discriminação. Propõe o funcionamento colaborativo de diversos serviços de saúde, acessíveis e territorialidades. Neste contexto, as políticas enfatizam o importante papel da Atenção Básica à Saúde em relação à variada gama de problemas com o álcool (BRASIL, 2013).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (2018) destaca que, para atacar o estigma e a discriminação, é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais e trabalhadores em Saúde, o fechamento das instituições psiquiátricas asilares que servem para preservar e reforçar o estigma, a provisão de serviços de Saúde Mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos portadores de sofrimento mental e dependentes de álcool e outras drogas. Ressaltou ainda que combate ao estigma requer também companhia de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto biopsicossocial provocado pelo uso de bebidas alcoólicas, afim de dissipar mitos e incentivar comportamentos e atitudes mais positivos.

A partir desta circunstância, que têm avaliado a implementação de estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool, uma das principais barreiras para a implementação de tais ações no Brasil tem sido as atitudes negativas que os profissionais de saúde têm sobre o uso e consequentemente ao usuário de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2013; MINTO et al., 2007). Para o enfrentamento destas barreiras, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de qualificação e formação permanente de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde.

Neste sentido, é fundamental motivar os trabalhadores de saúde e especialmente os profissionais da ESF para um novo olhar diante a clientela feminina nas novas formas de clinicar e praticar a prevenção e tratamento com o uso das drogas, e supõe que o trabalhador em ABS esteja preparado para realizar essas atividades.

Logo, a proposta de investir na educação continuada destes profissionais é fundamental para promover mudanças de condutas e novos conhecimentos, através de cursos focados na política de drogas, tais como dados epidemiológicos, tipos de drogas, as consequências do uso,

entre outros , sobretudo das mulheres, e ampliando as possibilidades de atenção ao usuário, seguindo o princípio da equidade e da diretriz da redução de danos (BRASIL, 2013).

Dentre as recentes iniciativas em educação continuada aos profissionais do SUS, capacitação e formação na área de drogas destacam-se os investimentos federais do Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e do Ministério da Saúde, em curso para formação permanente de profissionais especialmente de profissionais da ESF e que atuam nas redes de atenção integral à saúde, em parceria com instituições federais e estaduais de ensino superior, na implementação do projeto dos Centros de Referência sobre Drogas, como também o projeto Caminhos do Cuidado para formação de todos os agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem sobre ações preventivas, educativas e redução de danos diante o uso de drogas na Atenção Básica à Saúde onde na cidade do Recife foram treinados 80 % destes profissionais (BRASIL, 2013). A literatura aponta para algumas formas expressivas de reduzir o estigma entre os profissionais, sugerindo a formação continuada e capacitações direcionadas aos profissionais de saúde.

Podemos almejar que a Estratégia Saúde da Família traga inovações em termos de estrutura e processos de trabalho, ela ainda não foi capaz de tocar no centro dos fatores que transformariam a atenção em saúde mental, tais como maior e melhor disponibilidade de profissionais e recursos, delimitação de fluxos próprios, promoção da escuta psicossocial, do acolhimento da alteridade e do trabalho integrado nas equipes em rede de serviços (SOUZA et al., 2012).

Para além do mapeamento das representações sociais dos profissionais, necessitamos estimular a criação de novas estratégias de resistências e potencializar a capacidade de inovação no olhar para saúde da mulher. Assim, conseguimos promover serviços de maneira mais satisfatórios para profissionais e usuárias, que sabe partilham saberes nas comunidades e em grupos.

4.3 O OLHAR SOBRE A SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Estudar a saúde da mulher a partir do olhar das Representações Sociais é estudar os processos psicológicos e sociais subjacentes às formas de pensamento social construídas entre grupos sociais para dar sentido às ocorrências de experiências pelo próprio corpo ou pelo corpo do outro. As representações sociais , segundo Jodelet (1994), assumem um papel importante na

elaboração de maneiras coletivas de ver e viver o corpo, difundindo modelos de pensamento e de comportamento a ele relacionados.

Para a autora, a TRS pode contribuir com a compreensão do corpo para além da dimensões individual e psicológica, sem as desconsiderar, mas esclarecendo o papel do conhecimento compartilhado na valorização do corpo e na importância da saúde e suas consequências para as pessoas. Logo, os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, políticos, que influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das políticas exclusivamente de saúde, numa complexidade que impõe limites e uma multiplicidade de desafios (CAMARGO, 2003).

Nesta linha de pensamento, o antropólogo Geertz (1978, p.21) sugere que a representação simbólica da cultura “é um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações”. Dessa forma, destaca-se o estudo do próprio discurso das mulheres sobre o consumo de bebidas alcoólicas no contexto sociocultural em que as mesmas estão inseridas, como fonte de informação das representações sociais que podem integrar ao processo de saúde e de cuidado.

É fundamental poder realizar articulação entre o estudo das representações sociais e as práticas de intervenção, ou seja, entre as formas de intervenção que se referem a um conhecimento das representações sociais e uma ação sobre elas, uma vez que “toda intervenção supõe, necessariamente, a consideração das representações sociais (JODELET, 2007, p.48).

Neste sentido, Jodelet (2007) define três formas de imbricação entre representações sociais e intervenção, que considera “mais ou menos leves e intencionais” em relação ou não às práticas: (1) quando a representação social provoca uma mudança na maneira de pensar; (2) quando uma mudança das práticas produz algum efeito sobre a representação social; e (3) quando a intervenção sobre uma representação social é intencional e provoca uma mudança nas condutas dos sujeitos. Para ela, a melhor contribuição do enfoque das representações sociais com relação à intervenção é o fato delas contribuírem para uma mudança social, tanto em nível social quanto individual, em qualquer campo de atuação. Especialmente sobre a saúde da mulher, as Representações Sociais podem indicar como estas percebem sua identidade social sua saúde e sua vida, obtendo informações que permitam uma atuação mais eficaz no campo da saúde.

Na abordagem multidimensional, as Representações Sociais permitiriam dar conta da complexidade dos processos que intervêm nas relações de saúde e na diversidade de experiência

dos indivíduos e de sua participação nos cuidados. A cultura deveria ser integrada em tal abordagem, mas em condições que preservem a subjetividade, portanto, o psicológico (JODELET, 2007).

Assim, consideramos que uma boa qualidade na atenção à saúde da mulher é aquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma. Assim, atuará na afirmação do domínio sobre seu corpo, sua sexualidade, sua autoestima e seu poder de decisão, coisas que têm sido negadas no processo de construção da identidade de gênero (COSTA, 2000).

Uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas afeta homens e mulheres de distintas maneiras e por diferentes razões, envolvendo diversos contextos e circunstâncias, exige-se que a política de saúde privilegie as necessidades específicas de cada segmento, pois seus modos de pensar e agir muitas vezes não correspondem às expectativas dos profissionais de saúde em especial em relação as mulheres . Esse fator, aliado a outros, pode dificultar a adesão destas usuárias ao tratamento, por não se sentirem acolhidas em suas diferenças. Além disso, pode dificultar aos profissionais aderirem a ações preventivas e, conseqüentemente, a promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Observamos que a implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) no Brasil através do Ministério da Saúde pelo SUS na década de 1980 limitava-se ao período gravídico-puerperal, esse, ainda com limitações (BRASIL, 1984). O Programa necessita avançar e, é norteado pelos princípios da Reforma Sanitária, pautado na busca pelos princípios da descentralização das ações, regionalização, equidade na atenção e participação comunitária para modificar e melhorar a assistência à saúde da mulher brasileira, buscando principalmente a maior atenção em todas as fases da vida da população feminina (MEDINA; PENNA, 2008).

O Ministério de Saúde busca a ampliação dessa política pública visando à consolidação de estratégias básicas de assistência integral à saúde da mulher, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, aplicada permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo a melhoria dos níveis de saúde das mulheres brasileiras (MEDINA; PENNA, 2008), passando a partir desse momento a inserir-se nos diversos espaços, agora como sujeitos políticos.

Apesar da proposta da política de atenção à saúde da mulher ter uma visão holística, observa-se que problemas sociais como o consumo do álcool e outras formas de drogadição, por exemplo, não são vistos nem considerados segundo as especificidades do universo feminino.

Nas investigações científicas realizadas com profissionais de saúde que atuam na atenção básica e no atendimento à mulher, demonstrou-se barreiras para a construção da integralidade do cuidado. Tornar-se visível que as equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigido à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde (COELHO; FRANCO, 2009).

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde se apropriem da situação de saúde que envolve diversos aspectos da vida, incluindo o meio ambiente em que se vive, as possibilidades de lazer, o acesso à alimentação, a renda e às condições de trabalho e moradia. No caso da mulher, todavia, outros aspectos particulares também devem ser considerados: a discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades em relação ao trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades na situação de saúde (BRASIL, 2004). Se as mulheres vivem, em média, mais anos do que os homens, elas adoecem mais frequentemente. Essa maior vulnerabilidade a doenças e riscos à saúde frequentemente está mais relacionada à situação de discriminação e desigualdade, do que a fatores biológicos.

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com as estatísticas de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos (BRASIL, 2004). A população feminina ocupada no Brasil concentra-se nas classes de rendimento mais baixo. Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco em função de sua organização social, as mulheres também estão expostas a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte em função das relações de gênero.

Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva da representação de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004).

Na atenção à saúde das mulheres, compreende-se a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (BRASIL, 2004).

Morin (2004) aponta que os programas de saúde apresentam dois eixos de intervenções: o da prevenção, redução de comportamento de risco e promoção de comportamento de saúde; e o do tratamento: melhorar a qualidade do cuidado, a relação profissional de saúde e usuário, qualidade de vida e a adaptação do usuário ao tratamento.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde ampliou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual resgata sua situação de vida e de saúde, bem como novos focos para seu atendimento, com os objetivos de promover a melhoria de suas condições de vida e de saúde, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; redução da morbidade e mortalidade feminina no país, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Essa estratégia governamental busca também ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2004).

Essa Política preocupa-se ainda com os grupos de mulheres historicamente esquecidos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras, quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, em situação de prisão, em situação de risco das drogas, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2004). A referida política também objetiva contribuir para redução do impacto negativo e social do uso de drogas, além de promover uma melhoria no total de anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI), perdidos em virtude do consumo de droga (BRASIL, 2006). Embora a proposta pareça eficiente, observamos que, na prática, as diretrizes mencionadas não estão totalmente implementadas.

No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, devem ainda ser destacados alguns aspectos considerados essenciais na execução das ações: a humanização do atendimento, no sentido de “aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção

humanizada e de boa qualidade implica o estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero” e a necessidade de considerar as especificidades locais para aplicação da política (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 2002).

Nessa mesma perspectiva, a ESF busca contribuir para a consolidação dessa nova configuração da situação da saúde da mulher no Brasil, a partir da reorganização/mudança no modelo assistencial para a atenção à mulher, aproximando serviços e profissionais de saúde das famílias e comunidades, programando e articulando ações a partir das necessidades locais.

Sublinhamos, que a ESF possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a partir da adscrição do território de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada. Compromete-se em resgatar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como a participação popular e o controle social (BRASIL, 2009). A ESF coloca como desafio a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 2002).

O olhar a saúde da mulher nos tempos atuais, requer novas formas de pensar e praticar saúde, deslocando do tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, curativo e individual para o modelo de saúde coletivo, multiprofissional, centrado na família e na comunidade. Dessa forma, o modelo assistencial da ESF pretende romper com o modelo assistencial tradicional à saúde, ou seja, o atendimento à “peça” doente, não ao indivíduo, sem levar em conta os aspectos sociais de sua vida (TEIXEIRA; SOLLA, 2005). Entretanto, somente se ultrapassa a medicalização quando se dedica ao usuário real das ações e serviços de saúde, a forma de atenção possibilita escutá-los e acolhê-los (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

Essa modalidade assistencial propõe o desenvolvimento de ações a partir da concepção ampliada de saúde, que engloba tudo aquilo que possa levar as pessoas a serem mais felizes e produtivas, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação dos usuários pelo estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade, estimulando-as ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Medina e Penna (2008), destacam que ESF deveriam ser lócus privilegiados para o surgimento de novas práticas de integrações de vários serviços intersetoriais, e fundamentam-se nos princípios da Promoção da Saúde, da Política Nacional sobre o cuidado às pessoas com dependência química de drogas, incluindo o programa da atenção integral à saúde da mulher, com o desafio de prevenir, cuidar, reduzir os danos e reabilitar os usuários destes serviços. Considerando especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares (COMTE et al., 2004).

Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários. A construção de uma proposta de redução de danos deve partir dos problemas percebidos pela própria pessoa ajudando-a a ampliar a avaliação de sua situação (COMTE et al., 2004).

No caso de pessoas com problema em relação ao álcool, podem se sugerir cuidados de praxe como não beber e dirigir; alternar o consumo de bebida alcoólica com alimentos e bebidas não alcoólicas; evitar beber de barriga vazia; beber bastante água, optar por bebidas fermentadas às destiladas, entre outras sugestões (COMTE et al.,2004).

No entanto observa-se que muitas vezes o acesso das mulheres aos cuidados de saúde, é dificultado por causa do estigma atribuído ao uso abusivo de álcool, fato que pode agravar a situação das mesmas, uma vez que ela busca ajuda e imagina que vai receber um julgamento moral por parte dos profissionais de saúde, isso sucede no mundo inteiro (FORTNEY et al., 2005).

Devido ao fato que a imagem da mulher, historicamente construída, não está de acordo com a imagem de pessoa usuária de droga, contribuindo para o processo de invisibilidade das mulheres no fenômeno das drogas e, conseqüentemente, em maior vulnerabilidade aos agravos sociais e de saúde para este grupo populacional (DUARTE; MORIHISA, 2008).

Neste cenário, especialmente na área de atenção à saúde da mulher, eclode em um cuidado preventivo em torno dos impactos sociais e/ou clínicos provocados pelo uso do álcool e, além disso, o debate em mudar esse processo de estigmatização das usuárias de álcool é fundamental.

Destacamos que a ESF é um nível de atenção importante, pois os profissionais têm contato com um grande número de mulheres, que não são exatamente pacientes de nível especializado, sendo um nível de atenção estratégico para as práticas preventivas e, prontamente, para um trabalho também preventivo sobre as percepções e estigmatização das usuárias de álcool e outras substâncias, facilitando o acesso de uma abordagem apropriada para esse universo feminino em torno das etapas da vida, ou seja, simplesmente ser mulher (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; SILVA; LYRA, 2013). Quanto mais cedo forem oferecidas essas possibilidades, maiores serão as chances desta mulheres reduzir os danos e riscos pelo o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (SILVA; LYRA, 2013). Para tanto, é importante considerar que as políticas assistenciais e a formação dos profissionais de saúde devem focar a mudança de atitudes negativas no sentido de evitar a estigmatização e a diminuição da consequente injustiça social que as mulheres que fazem uso de drogas sofrem (PALM, 2006; SILVA; LYRA, 2013).

Compreendemos desta forma a complexidade que o consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres tem apresentado na contemporaneidade, pois, embora o seu consumo seja milenar. As atuais consequências do seu uso abusivo e dependência categorizado enquanto problema ou 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 (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 2002).

Tratando-se do beber feminino, essa problemática mantém-se ainda invisível para grande parcela da sociedade e para as próprias políticas públicas que não priorizam as suas particularidades.

Portanto, é de urgência adotar a abordagem de prevenção e de reabilitação biopsicossocial na política de saúde para as mulheres diante o uso de drogas no universo feminino e que deve ser um comprometimento e parceria entre diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, em todos os âmbitos (federal, estadual e municipal), fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde das mesmas (BRASIL, 2013).

Mas sua execução deve ser descentralizada e executada nos municípios, com o apoio dos Conselhos de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico prévio (BRASIL, 2011, 2013). O trabalho de prevenção para um determinado grupo, especialmente em mulheres, deve ser baseado em identificar os fatores de risco para que se possa minimizá-los e identificar os fatores de proteção para fortalecê-los (COMTE et al., 2004).

As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, para o incentivo à educação para a vida saudável, redução de danos e acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo o ator social, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações (COMTE et al., 2004).

Fundamentadas cientificamente, de acordo com as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2013). As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização dos seguintes elementos: o fortalecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, opções de lazer e atividades sem drogas, facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para estes problemas, fortalecimento de vínculos afetivos, estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas.

O objetivo da prevenção, segundo a Organização Mundial de Saúde, é reduzir a incidência de problemas causados pelo uso indevido de drogas em uma pessoa e em um determinado meio ambiente (BRASIL, 2013). Lembrando que o uso indevido de álcool e outras drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Nenhum indivíduo seja homem ou mulher nasce predestinada a usar álcool e outras drogas ou se torna dependente apenas por influência de amigos ou pela grande oferta de comércio. Nós, seres humanos, por nossa natureza e incompletude, procuramos na vida elementos para aliviar dores e sentir prazeres (SILVA; LYRA, 2013).

A prevenção voltada para o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2013).

Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas

competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em frequência e intensidade, e das consequências do uso em padrões de maior acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas destinada a promoção a saúde. Para tanto devemos lembrar que fatores são próprios do indivíduo, ou estariam ligados à família ou à sociedade em que se vive (COMTE et al., 2004).

É essencial reconhecer a mulher no sentido amplo da sua saúde como ser singular, cidadã com suas necessidades, seus desejos, suas características e este perfil exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo para desenhar e implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção da saúde, adaptando-se às diferentes peculiaridades dos diferentes sujeitos. Constituem um problema que merece atenção e implica a necessidade de se obter mais conhecimento acerca deste universo feminino.

Nesse sentido acreditamos que estudos norteados por esta noção podem auxiliar profissionais da área da saúde na compreensão dos aspectos que moldam e influenciam o agir dos sujeitos e se expressam em suas vivências subjetivas e de grupo manifestadas quotidianamente. Pois, a compreensão da realidade dessas mulheres permitirá aos profissionais e gestores ampliar seu leque de conhecimentos e proporcionar atendimento resolutivo, pois levará em conta a especificidade própria do beber feminino. Assim sendo, a representação social do uso de álcool por mulheres recebe significados em conformidade com os grupos de pertença e o contexto social no qual se encontram inseridos.

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

*“Nada é absoluto. Tudo muda, tudo se move, tudo gira, tudo voa e desaparece”
(Frida Kahlo)*

5.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Este estudo foi do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido com base em método misto (quantitativo e qualitativo). Optou-se pelo método sequencial, partindo dos dados quantitativos para os qualitativos (CRESWELL, 2007).

Bryman (2004) e Minayo et al., (2018) reforçam que a utilização da abordagem quantitativa em estudo exploratório possibilita a aproximação inicial com o objeto de análise. Haja vista que o uso da abordagem qualitativa permite explorar a realidade através do aprofundamento de significados, crenças, atitudes, valores e relações humanas, não sendo possível obter tais resultados por meio de um estudo meramente quantitativo.

Deste modo, utilizou-se a estratégia de triangulação em fontes de dados, à medida em que o estudo se fundamentou em questionário sócio demográfico, o teste AUDIT, entrevistas semiestruturadas e análise documental (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Consistiu na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista. Assim, a escolha desta estratégia no estudo contribuiu para que a pesquisadora objetivasse suas interpretações a partir do recurso a diferentes fontes de dados.

A pesquisa quantitativa do estudo proporcionou o caminho da pesquisa qualitativa, uma vez que foram complementares, para aprofundar a visão do fenômeno em estudo, fornecendo informações que facilitou a seleção dos casos que mereceram ser compreendido em sua subjetividade.

Desta forma, os dados foram coletados e analisados, de maneira que, os dados qualitativos, em especial, foram ponderados à luz da teoria das Representações Sociais, que adotou o enfoque processual entendendo as representações como “elaborações partilhadas” nos processos e produtos simbólicos dos indivíduos, construídas como uma “visão consensual da realidade” (JODELET, 2001, p. 71). E por fim, os dados (*quanti-quali*) foram interpretados de maneira integrada.

Destaca-se ainda, como afirmam Minayo et al. (2018), que toda ciência é comprometida na visão de mundo, tanto dos pesquisadores envolvidos em uma pesquisa, bem como dos

demais atores sociais implicados em todo o processo. Logo, assumimos o pensamento da autora de que nenhuma pesquisa é neutra, e que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social têm o monopólio da compreensão total de uma dada realidade, o que permite que, ao longo do estudo, novas categorias analíticas sejam incorporadas. Ao longo da seção cada uma dessas opções será explicada e discutidos os aspectos referentes aos estudos quantitativos e qualitativos, bem como à triangulação dos dados.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Recife, capital do estado de Pernambuco, situada no litoral nordestino do Brasil (RECIFE, 2014). Recife apresenta uma superfície territorial de 218,4 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico.

A cidade conta com uma composição territorial diversificada: morros (67,43%), planícies (23,26%), áreas aquáticas (9,31%), Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) (5,58%), e está dividida em 94 bairros, aglutinados em seis Regiões Político Administrativas (RPA) sendo o setor de saúde dividido em oito distritos sanitários (RECIFE, 2014).

A população de Recife é totalmente urbana e estimada em 1.599.514 habitantes. Sendo a população feminina maior do que a população masculina, e com uma predominância de mulheres jovens na faixa etária de 20 a 39 anos. De acordo com os dados do Plano Diretor da Secretaria Municipal de Saúde em 2014, Recife tem uma população total de 827.885 mulheres e uma população de 709.819 homens residentes nos Distritos Sanitários de Saúde do Município e a cidade possui um total de 122 USF (RECIFE, 2014).

O município dispõe de uma rede de atenção voltada para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção do consumo de bebidas alcoólicas e tratamento do uso abusivo de drogas, composta de seis CAPS-ad, sendo um deles infanto-juvenil; três Unidades de Acolhimento (internação); 24 leitos de atenção integral; duas Equipes de Consultório na Rua (moradores de rua) e seis equipes de Consultório de Rua (uso de drogas na rua) (RECIFE, 2014).

O município do Recife dispõe de uma rede em saúde mental estruturada, entretanto, para fins desse estudo, optou-se por trabalharmos apenas Distrito Sanitário IV (DS- IV). A opção pelo DS-IV deveu-se ao fato de ser, atualmente, um dos distritos que em seu território tem os componentes da Rede de Atenção Psicossocial composto por: dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS Transtorno Mental e um CAPS Álcool e Drogas, seis Residências Terapêuticas, uma Unidade de Acolhimento para dependências químicas (UA), uma Equipe de Consultório de Rua e uma Equipe de Consultório na Rua, os quais têm por objetivo fortalecer a clínica, ampliar o acesso e diversificar a oferta de serviços no território, com foco na deshospitalização e reabilitação psicossocial (RECIFE, 2014).

Além dos serviços acima descritos, o DS-IV oferta: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência básico (SAMU); Hospital Pediátrico; Núcleo de Apoio à Prática Integrada; Hospital Geral; Hospital Universitário; Hospital Psiquiátrico; Policlínica e Unidade de Pronto Atendimento (UPA); 20 ESF e 3 Unidades Tradicionais de Saúde (RECIFE, 2014). Além da estrutura aqui descrita, a colaboração das equipes da ESF facilitando o agendamento das entrevistadas teve também influência na escolha deste Distrito Sanitário.

O DS- IV engloba 13 bairros, a saber, Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária, UR-7 e Várzea, onde residem 271.200 habitantes (RECIFE, 2014) e apresenta a maior parte do seu território, 41,94 Km², localizada na planície recifense, com exceção das áreas de maior declive situadas no extremo oeste do bairro da Várzea. Em 2014, a população cadastrada ESF do DS-IV correspondia a 80.315 pessoas, sendo 36.941 de homens e 43.374 de mulheres, pode ser observado no quadro 2 abaixo (RECIFE, 2014).

Quadro 2 – Distribuição das famílias cadastradas no DS-IV estratificado por sexo e faixa etária em 2014 - Recife

Sexo	Faixa etária										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	279	1.913	1.155	1.830	3.090	3.883	13.006	5.017	3.534	3.234	36.941
Feminino	262	1.875	1.118	1.779	2.912	4.043	14.680	6.379	4.770	5.554	43.374
Nº de Pessoas	541	3.788	2.273	3.609	6.002	7.926	27.686	11.396	8.304	8.790	80.315

Fonte: Recife (2014)

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas nas 20 unidades da ESF do DS-IV. A idade foi escolhida em função da literatura internacional e nacional, que aponta para o padrão de alto risco, ou seja, o uso abusivo de bebidas alcoólicas sobretudo a partir dos 18 anos (BRASIL,2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

É fundamental informar que essa amostra não abrange a totalidade de mulheres residentes no DS-IV, na medida em que a ESF não tem cobertura de 100% de sua população. Trata-se de uma amostragem conveniência de mulheres cadastradas nas 20 unidades da ESF deste Distrito. A amostra dos dados qualitativos deu-se a partir da análise dos dados quantitativos.

5.4 DESENHO DE ESTUDO E COLETA DOS DADOS

O trabalho de campo para coleta de dados foi realizado em duas etapas: abordagem quantitativa e abordagem qualitativa que serão descritas cada abordagem.

5.4.1 Detalhamento da Abordagem Quantitativa

Na definição da amostra da população feminina, utilizou-se um erro de 2,5%, intervalo de confiança de 95% e uma prevalência de 13%, apontada na pesquisa do MS (BRASIL,2017). Além disso, foi aplicado um fator de correção de 20% para a amostra final. Foi analisada uma amostra representativa de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas nas 20 unidades da ESF.

Assim, a amostra foi composta por 43 mulheres em cada uma das unidades da ESF, perfazendo um total de 864 mulheres. A escolha das mulheres cadastradas ocorreu de forma sobre demanda de comparecimento a unidade de saúde. As entrevistadoras visitaram as unidades em todos os cinco dias úteis da semana, evitando o viés de seleção por dia. Foram entrevistadas mulheres que estavam aguardando atendimento nas salas de espera das unidades. A coleta de dados quantitativos ocorreu entre os meses de março e maio de 2017, e corresponde à primeira fase do trabalho de campo.

O questionário sociodemográfico e o teste AUDIT foram aplicados pela pesquisadora e por uma entrevistadora treinada, que se dirigiam às unidades, apresentando-se aos profissionais,

esclarecendo os objetivos da pesquisa, e que ela havia sido previamente pactuada com a gestão do DS-IV.

Após isso, as entrevistadoras se dirigiam à sala de espera da unidade de saúde e convidavam as mulheres, que se enquadravam no perfil etário, a participarem da pesquisa. Foi um momento bem gratificante, pois não houveram recusas de participação por parte de nenhuma das mulheres abordadas.

5.4.1.1 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram processados e analisados através do software R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2016).

Dois instrumentos de coleta de dados foram usados, um deles o questionário, definido pela necessidade de caracterização da amostra. O questionário sociodemográfico utilizado é composto por questões referentes à idade, religião, escolaridade, situação conjugal atual, trabalho, moradia e renda familiar (Apêndice A), e foi elaborado pela autora exclusivamente para este estudo.

O segundo instrumento foi o teste de identificação de problemas relacionado ao uso de álcool - AUDIT (anexo A), usado para verificar a prevalência de mulheres que fazem uso de bebidas alcoólicas cadastradas na ESF do DS-IV do Recife. Estes dois instrumentos utilizados nos resultados dialogam.

O AUDIT contém 10 questões relacionadas ao uso do álcool e é focado nos últimos 12 meses deste consumo. É formado em três dimensões conceituais, que avaliam quantidade e frequência de consumo de álcool (itens 1, 2 e 3), ocorrência de sintomas de dependência (itens 4, 5 e 6) e as consequências relacionadas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (itens 7 a 10), conforme pode-se observar abaixo (quadro 3). Vale citar que o “nunca” como resposta da primeira questão, implica também em deixar de responder as questões (2 a 8) para responder apenas as questões 9-10.

Quadro 3- Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT

Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT		
Dimensão	Nº de perguntas	Conteúdo do item
Caraterização do consumo	1 2 3	Frequência do consumo Quantidade Frequência do consumo excessivo
Sintomas da dependência	4 5 6	Descontrole no consumo Limitações com o consumo Consumo logo de manha
Consequências do consumo	7 8 9 10	Sentimento de culpa após beber Black-outro Consequências para os outros por beber Preocupação de outros pelo consumo

Fonte: Babor et al. (2003, p.11)

O resultado dos escores do AUDIT é obtido através da soma dos valores constantes à direita de cada pergunta, e de acordo com cada resposta dada pela participante. A pontuação de cada questão pode ser 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A soma dos pontos de cada pergunta dará o padrão de uso do álcool das participantes, classificado em níveis de risco (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

Os níveis de risco são Zona I baixo risco (1 a 7 pontos), Zona II médio risco (8 a 15 pontos), Zona III alto risco (16 a 19 pontos) e Zona IV possível dependência (20 a 40 pontos) (BABOR, et al., 2008).

Na classificação das participantes frente ao consumo de bebidas alcoólicas, utilizou-se uma análise estatística para avaliar o comportamento quanto a distribuição e comportamento das respostas dadas pelas participantes nas classificações do AUDIT que apresentaram baixa prevalência, desta forma foi realizada uma readaptação das zonas de risco. Assim, as participantes foram classificadas como sem risco, zona 0, quando a pontuação do AUDIT foi igual a zero, beber de baixo risco representa à zona I (1 a 7 pontos), o beber de médio risco corresponde à zona II (8 a 15 pontos) e o beber abusivo de alto risco corresponde à zona III (16 ou mais pontos) (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

As participantes foram analisadas por grupos etários, 18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 ou mais anos. Também ponderamos a associação do grau de risco no uso do álcool nas mulheres estudadas com as variáveis relativas ao perfil sociodemográfico, avaliado

utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, quando necessário o teste exato de Fisher e modelos logísticos multinomial univariado e multivariado.

Na busca de uma melhor visualização dos dados coletados, primeiramente, utilizou-se uma análise descritiva buscando avaliar e compreender as variáveis estudadas. Essa é uma forma de organizar e apresentar um conjunto de dados, com vistas a obter informações e conhecer as características de um determinado grupo. Essa modalidade torna possível o conhecimento das variáveis analisadas, fornecendo importantes direções a serem seguidas em estudos futuros (TRIOLA, 2008). Em seguida, foram calculados os escores médios dos resultados identificando as possíveis zonas de risco. Foram realizadas análises exploratórias através de tabelas nas distribuições de frequências dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas das 864 mulheres entrevistadas e seu perfil sociodemográfico.

Por fim, foi realizado a avaliação da força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances “OddsRatio – OR” com intervalo de confiança de 95%, e para o cálculo da razão de chances e dos intervalos de confiança utilizou-se à regressão logística multinomial. Todas as conclusões foram tomadas em nível de significância de 5%. Os resultados obtidos na análise descritiva foram apresentados em tabelas.

5.4.2 Detalhamento da Abordagem Qualitativa

Após a análise dos dados obtidos no eixo quantitativo, foram definidas, por escolha intencional, de 9 mulheres em função dos padrões de risco de consumo de bebida alcoólica. Foram entrevistadas 3 mulheres de baixo risco (Zona I), 3 mulheres de médio risco (Zona II) e 3 mulheres alto risco (Zona III). Vale citar que a escolha de três em cada zona de risco, foi devido o resultado desta Unidade da ES, pois, em uma das Zona de risco contava apenas de três participantes nesta classificação.

A segunda fase da pesquisa foi realizada em agosto de 2018. Os resultados referentes à abordagem qualitativa foram analisados na perspectiva das representações sociais diante do beber feminino. Na interpretação da vida social das entrevistadas em face do padrão de risco pelo consumo de bebidas alcoólicas, procurou-se desenvolver um processo de interação pesquisadora/pesquisada, com valorização do encontro, do diálogo e da representação, considerando que o objeto do estudo tem também o seu sujeito.

Adotou-se, portanto, a subjetividade como instrumento de conhecimento e as representações sociais como eixo condutor. Assim, as entrevistas contaram com perguntas norteadoras abrangendo três categorias: afetiva, cognitiva e social. Em estudos qualitativos, buscam-se aspectos relacionados à compreensão do fato social a ser investigado, não sendo prioridade o critério numérico, assim como não há preocupação com generalizações (MINAYO, et al., 2018).

Segundo Babor et al. (2008), na identificação das zonas de risco torna-se possível ao profissional da atenção básica oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual. Nesta perspectiva, justifica-se a opção de entrevistarmos mulheres em função das zonas de risco, buscando identificar especificidades em função delas.

5.4.2.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento usado foi a entrevista semiestruturada, uma das estratégias de escolha mais comum para trabalhar as representações sociais. Minayo (2006) considera as entrevistas como forma de comunicação verbal, em sentido amplo, e como coleta de informações sobre um dado tema, em sentido restrito. Ou, como destaca o autor Gil (2008, p.117), é a “técnica em que o investigador se encontra frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

Gil (2008) argumenta que, quando aplicada, a entrevista semiestruturada, incentiva o entrevistado responder às perguntas dentro de sua concepção, mas, não se trata de deixá-lo falar livremente. O pesquisador não deve perder de vista o seu foco, isto é, “o entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada” (GIL, 2008, p. 120).

Percebe-se que nesta técnica, o pesquisador não deve se utilizar de outros entrevistadores para realizar a entrevista, mesmo, pois faz-se necessário um bom conhecimento do assunto. A entrevista é um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o entrevistado (KVALE, 1996). O conteúdo de cada entrevista é único, formando, assim, um todo original, que também faz parte de um todo composto pelo total de entrevistas realizadas, pois estão calcadas em um objeto focado (KVALE, 1996; MINAYO, 2006).

Logo, a entrevista semiestruturada é uma técnica interrogativa verbal de coleta de dados, bem aplicável na análise dos dados por meio da análise de conteúdo, que é usada pelo fato de favorecer a captação de ideias, opiniões e depoimentos que propiciam conhecer o acervo de

significados e símbolos que o indivíduo utiliza para se comunicar no seu cotidiano. É particularmente explorada nos estudos orientados a uma abordagem processual das representações sociais (JODELET, 2001).

A realização de entrevistas teve a finalidade de compreender o olhar das mulheres que consomem bebidas alcoólicas, em diferentes padrões de risco, sobre o seu processo de saúde, seu cotidiano, e as consequências deste uso. Seguindo estes critérios, a entrevista foi composta por perguntas que abrangem três dimensões; afetiva, condutas e social. Estas dimensões interagem nos resultados.

Na dimensão afetiva, buscou-se identificar os sentimentos em relação ao uso de álcool e a avaliação que as participantes fazem sobre mulheres que bebem abusivamente. A dimensão de conduta, delineou o significado deste padrão de risco pelo consumo de bebidas alcoólicas na vida destas mulheres (o que leva ao uso, situação de uso, consequência do uso e a percepção deste uso). A dimensão do social objetivou interpretar as representações sociais diante do beber feminino e compreender o significado do consumo de bebidas alcoólicas na vida e na saúde destas mulheres, além de identificar a percepção delas sobre as orientações oferecidas diante deste uso (Apêndice B). Para facilitar a compreensão da entrevista, no Quadro 4 encontra-se relaciona os objetivos específicos da pesquisa às três dimensões de análise, identificando as perguntas do roteiro de entrevista pertinentes a cada uma das dimensões.

Quadro 4– Objetivos, dimensões e roteiros do plano de análise dos dados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSÃO	ROTEIRO DA ENTREVISTA
3) analisar a percepção sobre uso e abuso de álcool das mulheres no seu cotidiano	Afetiva	1) Como foi o início do uso de bebidas na sua vida? 2) Quais os sentimentos das pessoas que convivem com você em relação ao seu consumo? 3) Qual a sua avaliação sobre as mulheres que usam álcool abusivamente?
4) identificar os danos gerado pelo consumo abusivo de álcool na vida das mulheres	Conduta	1) Quais são os motivos que leva ao consumo de bebidas alcoólicas? 2) Você faz uso de bebidas alcoólicas com alguém e onde? 3) Teve algum prejuízo pelo seu consumo de bebidas alcoólicas?
5) analisar a concepção das mulheres com uso e abuso de álcool diante o cuidado da Estratégia de Saúde sobre esse fenômeno.	Social	1) O que representa o consumo de bebida alcoólica para sua vida hoje? 2) O que significa o consumo de bebida alcoólica na sua saúde hoje? 3) Você já recebeu algum tipo de orientação ou ajuda sobre o consumo de bebidas alcoólicas pela equipe da ESF ou de outras pessoas?

Fonte: a autora

As entrevistas foram agendadas em um contato prévio, marcando o dia e hora mais convenientes para as participantes. Para garantir a confidencialidade, e, por outro lado, resguardar a identidade das entrevistadas, optou-se por apresentar os discursos obtidos por meio de códigos, que foram escolhidos por cada uma das mulheres, em momento prévio à entrevista. Adotou o nome de MARIA, sendo apresentado as participantes uma lista para escolha com seus significados, conforme o Quadro 5

Quadro 5– Classificação dos nomes de MARIAS escolhidos pelas entrevistadas e seus significados

Maria A	Mulher afetiva
Maria B	Mulher bela
Maria C	Mulher compreensível
Maria D	Mulher determinada
Maria E	Mulher equilibrada
Maria F	Mulher família
Maria G	Mulher guerreira
Mulher H	Mulher harmoniosa
Mulher I	Mulher inteligente
Mulher J	Mulher justa
Mulher M	Mulher majestosa

Fonte: a autora

As entrevistas foram analisadas e interpretadas por meio da técnica análise de conteúdo de acordo com Kvale (1996). A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Caracteriza-se, assim, como um método de tratamento da informação contida nas mensagens. O objeto da análise de conteúdo é a fala, a palavra emitida e seus significados nem sempre aparentes. A análise de conteúdo apresenta duas funções complementares: a tentativa exploratória que amplia a descoberta dos conteúdos aparentes e a confirmação ou informação das hipóteses. A análise de conteúdo trabalha com mensagens.

São várias as técnicas de análise de conteúdo (KVALE, 1996; MINAYO, 2006), que se constituem em um conjunto de técnicas de análise, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem, e que busca uma correspondência entre as estruturas semânticas da superfície dos textos e as estruturas psicológicas ou sociológicas por trás do comunicado.

A técnica de condensação de significados foi escolhida entre as técnicas de análise de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico, buscando dessa forma respostas para as questões propostas, descobrindo além dos conteúdos explícitos, os implícitos desta comunicação (KVALE, 1996).

Essa técnica é pautada em objetivos específicos do estudo, e consiste na identificação dos elementos da análise: o significado natural, as unidades naturais e seus temas centrais. Desta forma, as entrevistas foram analisadas seguindo as etapas abaixo enumeradas, e exemplificadas no Quadro 6:

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

Quadro 6 –O Significado Natural das Unidades e seus Temas Centrais

CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS	
Entrevista 1	
Nome: MARIA F	
OE 3: Analisar a percepção sobre uso abusivo de álcool das mulheres no seu cotidiano	
Unidades Naturais	Temas Centrais
<p>Comecei a beber aos 14 anos com um primo numa festa. Foi bem legal e gostei bastante;</p> <p>Acho normal, todas pessoas bebem, hoje não tem essa história de não beber;</p> <p>As minhas amigas a maioria bebe sem problema. Não acho feio. Acho muito normal na vida das mulheres;</p> <p>Faz parte do mundo de hoje</p>	<p>Prazer em beber</p> <p>Mulheres que bebem, é normal</p> <p>Naturalização do ato de beber no mundo atual</p> <p>Faz parte do mundo de hoje das mulheres</p>
<p>Descrições essenciais para responder ao objetivo 3.</p> <p>Para Maria F, fazer o consumo e abuso de bebidas alcoólicas entre mulheres é muito normal hoje. Ela considera importante como um meio integrante da vida social das mulheres.</p>	

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

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora deste estudo, todas presenciais e gravadas, com o consentimento prévio de cada entrevistada, conforme preconizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Por fim, foram lidas ao mesmo tempo em que se escutava a gravação, para captar possíveis equívocos ocorridos durante as transcrições, bem como preenchimento de possíveis lacunas.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo seguiu as recomendações da Resolução Nº 466 /2012 do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos. Representou risco mínimo, pois não envolveu procedimentos invasivos que pudessem afetar as participantes e teve a manutenção do sigilo de suas opiniões e a garantia do anonimato na pesquisa.

Foi explicado às participantes que teriam o direito de desistir da pesquisa, sem que isso cometesse em penalidade ou transtorno. Os propósitos do estudo, metodologia e compromisso de confidencialidade foram explicados, as dúvidas esclarecidas, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi lido e assinado. Também foi explicado que a pesquisa tem duas fases, a primeira corresponde ao um questionário sociodemográfico e o teste de identificação de problemas relacionada ao uso de álcool (AUDIT) e a segunda fase da pesquisa seria uma entrevista.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM /FIOCRUZ e registrado sob o nº1.594.177 CAAE: 51086515.0.0000.5190 (anexo B) junto à toda documentação necessária, incluindo a carta de Anuência da Instituição onde ocorreu a pesquisa e acatada (anexo C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Porque há o direito ao grito. Então eu grito”
(Clarice Lispector)

Neste capítulo apresentaremos e discutiremos os resultados do presente estudo. Os resultados serão apresentados em três partes para melhor compreensão do leitor.

Na primeira parte, apresentaremos a descrição dos dados obtidos com a aplicação dos dois instrumentos tanto do questionário sociodemográfico quanto dos dados do AUDIT apresentado como avaliação dos padrões de consumo de álcool entre as mulheres estudadas. Depois serão expostos os dados da segunda parte, que foi as análises das entrevistas semiestruturadas titulado o significado do consumo de bebidas alcoólicas classificadas em padrões de risco entre as mulheres e pôr fim a terceira parte foi uma análise integrada dos dados obtidos (quant.-quali) da pesquisa denominado o grito do beber feminino: Presente.

6.1 AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE MULHERES

Em uma primeira abordagem do estudo, foram obtidos os resultados dos dados quantitativos da pesquisa, que avaliou o questionário sociodemográfico e o teste AUDIT das 864 entrevistadas. Os resultados revelaram que a idade média das mulheres é de 39 anos; com mínima de 18 e máxima de 74 anos. As mulheres com idade inferior a 50 anos representaram 68,0% da amostra. A maioria das mulheres 92,0% declarou ter religião e morar em casa própria, 74,1%. Das participantes 68,0% declarou ser inativas e do lar (domésticas). Em relação à escolaridade das participantes, 87,3% de nível fundamental. Foi observado que apenas 2,8% de nível superior. Em relação a composição familiar das participantes, observou-se que mais da metade 60,0% entre 3 e 5 membros, e 22,1% são chefe de família. Quanto ao uso (consumo) de bebidas alcoólicas, 42,0% faz o consumo de álcool

Através da avaliação do AUDIT, constituído em três dimensões, foram extraídos os padrões de consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências (Tabelas 1,2 e 3).

As questões 1, 2 e 3 correspondem à primeira dimensão, que avalia a frequência do consumo de álcool. Foram observados que 8,8% participantes bebem de duas a três vezes por semana e 2,0% bebem quase diariamente (Tabela 1). Outro dado significativo observado foi que 57,9% não faz uso de bebidas alcoólicas.

Em relação à quantidade do consumo de álcool em um dia típico, o resultado apontou que 4,6% mulheres bebem de sete a nove doses, e 39,2% bebem 10 ou mais doses. Quanto à frequência de consumo de seis ou mais doses em uma mesma ocasião, foram observados ainda que 21,2% bebem cinco ou mais doses de álcool em uma única ocasião (*bingedrinking*). Considerando a frequência dos episódios de *bingedrinking*, 11,8% mensalmente, 20,6% semanalmente, e 2,2% diariamente.

Tabela 1 - Distribuição das respostas das questões 1,2 e 3 do Teste AUDIT das participantes. Recife (PE), 2017.

Teste de Identificação de Transtornos Devido ao Uso de Álcool (AUDIT)	N	%
Q1 - Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?		
Nunca	501*	57,99
Mensalmente ou menos	202	23,38
De 2 a 4 vezes por mês	67	7,75
De 2 a 3 vezes por semana	76	8,80
4 ou mais vezes por semana	18	2,08
Q2 - Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?		
1 ou 2	74	20,60
3 ou 4	88	24,18
5 ou 6	41	11,26
7, 8 ou 9	17	4,67
10 ou mais	143	39,29
Q3 - Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez?		
Nunca	161	44,08
Menos do que uma vez ao mês	76	21,21
Mensalmente	43	11,85
Semanalmente	75	20,66
Todos ou quase todos os dias	8	2,20

Fonte: a autora

Nota: * Participantes que respondem nunca pula para as questões 9 e 10.

Em relação as questões de 4 a 6 do teste AUDIT, que correspondem à segunda dimensão que investiga os possíveis sintomas relacionados à dependência, foram avaliados a quantidade de vezes que elas não conseguiram parar de beber. Indicou 1,3% foi diariamente que tal fato ocorreu, e uma vez ao mês para 9,9%. Foi observado ainda a mesma prevalência 3,3% para o consumo tanto mensalmente, quanto semanalmente (Tabela 2).

O resultado apontou que 2,7% não consegue realizar as atividades esperadas devido ao consumo de bebidas mensalmente. Em relação a necessidade de beber pela manhã para se sentir bem, o dado apontou que mensalmente foi de 1,3% e semanalmente foi de 1,6% demonstrou

tal necessidade. As respostas das participantes obtidas nas questões de 4 a 6 sinalizaram um aspecto preocupante no que se refere aos sintomas de uma possível dependência de álcool.

Tabela 2 - Distribuição das respostas das questões 4, 5 e 6 do Teste AUDIT das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Teste de Identificação de Transtornos Devido ao Uso de Álcool (AUDIT)	N	%
Q4 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?		
Nunca	298	82,09
Menos do que uma vez ao mês	36	9,92
Mensalmente	12	3,31
Semanalmente	12	3,31
Todos ou quase todos os dias	5	1,38
Q5 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?		
Nunca	295	81,27
Menos do que uma vez ao mês	51	14,05
Mensalmente	10	2,75
Semanalmente	4	1,10
Todos ou quase todos os dias	3	0,83
Q6 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?		
Nunca	339	93,39
Menos do que uma vez ao mês	11	3,03
Mensalmente	5	1,38
Semanalmente	6	1,65
Todos ou quase todos os dias	2	0,55

Fonte: a autora

E por fim a terceira dimensão, que são as últimas quatro questões finais do teste AUDIT, e que avaliam os problemas recentes relacionados ao consumo do álcool, foi observado que 16,5% não lembravam de nada o que tinham ocorrido com elas, também conhecido como apagão alcoólico.

Também foi verificado que 15,4% relatou que já havia sentido culpa e remorso depois de beber. Foi observado ainda que havia ocorrido atos de violência contra si em 3,9% e observou-se este mesmo percentual (3,9%) não foi nos últimos 12 meses que aconteceu este fato. Foi observado ainda que 92,13% não houve nenhum tipo de violência. Já para 10,1% delas, alguém sugeriu que parassem de beber. Outro dado bastante preocupante foi que em 83,5% nunca ninguém falou com elas sobre o assunto (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das respostas das questões 7,8,9 e 10 do Teste AUDIT das participantes. Recife (PE), 2017.

Teste de Identificação de Transtornos Devido ao Uso de Álcool (AUDIT)	N	%
Q7 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?		
Nunca	274	75,48
Menos do que uma vez ao mês	60	16,53
Mensalmente	15	4,13
Semanalmente	11	3,03
Todos ou quase todos os dias	3	0,83
Q8 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?		
Nunca	279	77,07
Menos do que uma vez ao mês	56	15,47
Mensalmente	11	3,04
Semanalmente	13	3,59
Todos ou quase todos os dias	3	0,83
Q9 - Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?		
Não	796	92,13
Sim, mas não nos últimos 12 meses	34	3,94
Sim, nos últimos 12 meses	34	3,94
Q10 - Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?		
Não	723	83,53
Sim, mas não nos últimos 12 meses	54	6,31
Sim, nos últimos 12 meses	87	10,16

Fonte: a autora

Os resultados obtidos das 864 participantes com a aplicação das 10 questões do AUDIT para identificar o nível de risco quanto ao consumo de álcool, revelou que 57,9% foi classificada na zona 0 sem risco, ou seja, não faz uso de álcool, 23,7% classificada na zona I de baixo risco, 11,9% classificada na zona II de médio risco, 3,0% classificada na zona III de alto risco e 3,4% classificada na zona IV em possível dependência.

Neste estudo, foi observado que as mulheres classificadas na zona III, alto risco, representou 3,0% da amostra, e a classificada na zona IV, referente a uma possível dependência 3,4%, indicou, assim prevalências equivalentes nessas duas zonas. Tal achado, e em função dos pequenos percentuais além da equivalência deles, na medida em que foi realizada uma análise estatística para avaliar o comportamento das distribuições destas duas zonas, relacionadas às variáveis idade, escolaridade, composição da família e chefe da família, não se observou diferença estatística. Desta forma, para efeito de análise estatística na avaliação da associação

do grau de risco com as variáveis envolvidas no estudo, as zonas III e IV, foram agrupadas em uma única zona, que denominamos zona III “alto risco” (Tabela 4).

A classificação das participantes frente ao consumo de bebidas alcoólicas nas zonas de risco nesta pesquisa correspondeu as seguintes zonas: Zona 0/ sem risco, Zona I de baixo risco, Zona II de médio risco e Zona III de alto risco.

Tabela 4 – Avaliação quanto ao comportamento da distribuição das mulheres classificadas nas zonas 3 “alto risco” e 4 “dependência” em relação a idade, escolaridade, religião, composição da família e chefe da família. Recife (PE), 2017.

Variáveis	Zonas de risco				Valor de p
	Zona III /alto risco		Zona IV/ dependência		
	N	%	N	%	
Idade (anos)					
50 +	11	42,31	4	13,79	0,1012
18 - 29	8	30,77	10	34,48	
30 - 39	4	15,38	10	34,48	
40 - 49	3	11,54	5	17,24	
Escolaridade					
Fundamental	23	88,46	25	86,21	1,0000
Médio	3	11,54	4	13,79	
Religião					
Com	21	80,77	25	86,21	0,7208
Sem	5	19,23	4	13,79	
Composição Família					
≤ 2	6	23,08	7	24,14	1,0000
3 a 5	13	50,00	15	51,72	
6 ou +	7	26,92	7	24,14	
Chefe da Família					
Outros	19	73,08	18	62,07	0,4074
A Própria	7	26,92	11	37,93	

Fonte: a autora

Os resultados das classificações dos padrões de risco das 864 participantes após os ajustes metodológicos, correspondeu que 57,9% classificadas na zona 0 sem risco, 23,7% classificadas na zona I de baixo risco, 11,9% classificadas na zona II de médio risco e 6,3% classificadas na zona III de alto risco (Tabela 5). Em relação à idade, as mulheres classificadas na zona I de baixo risco apresentaram uma distribuição semelhante às mulheres que foram classificadas na zona 0 sem risco.

Já as prevalências elevadas entre as mulheres jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, foram encontrados na zona II de médio risco 42,5% e 32,7% na zona III de alto risco. E as mulheres de 30 anos a 39 anos, a prevalência foi elevada de 22,3% na zona II de médio risco e 27,2% na zona III. No entanto, a prevalência mais baixa foi observada entre as mulheres de 40 anos ou mais anos, tanto nas zonas II quanto na III, respectivamente de 15,5% e 14,5%.

. Em relação a variável escolaridade, na zona III de alto risco, 87,2% tinham ensino fundamental, 29,0% declararam que trabalham e 67,2% não eram chefe da família. Para as mulheres que declararam que tinham religião, eram casadas/união estável, eram inativas economicamente e que eram a chefe da família, foram observados que as prevalências eram mais elevadas na zona sem risco (94,6%; 70,1%; 72,4% e 81,3%).

Tabela 5 – Associação do perfil sociodemográfico com o grau de risco no uso do álcool nas 864 mulheres estudadas na ESF. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográficas	Zona (Grau de Risco)								Valor de p
	Sem Risco		Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Total	501	57,99	205	23,73	103	11,92	55	6,36	
Idade (anos)									
1 - 50 +	167	33,33	72	35,12	23	22,33	15	27,27	0,0067
2 - 18 – 29	125	24,95	41	20,00	43	41,75	18	32,73	
3 - 30 – 39	96	19,16	43	20,98	21	20,39	14	25,45	
4 - 40 – 49	113	22,55	49	23,90	16	15,53	8	14,55	
Religião									
1 – Com	474	94,61	187	91,22	91	88,35	46	83,64	0,0066
2 – Sem	27	5,39	18	8,78	12	11,65	9	16,36	
Estado Civil									
1 - Casado/União	347	69,26	139	67,80	55	53,40	32	58,18	0,0231
2 - Viúvo/Separado	32	6,39	18	8,78	8	7,77	3	5,45	
3 – Solteiro	122	24,35	48	23,41	40	38,83	20	36,36	
Escolaridade									
1 – Superior	9	1,80	11	5,37	4	3,88	0	0,00	0,0002
2 – Fundamental	316	63,07	113	55,12	60	58,25	48	87,27	
3 – Médio	176	35,13	81	39,51	39	37,86	7	12,73	
Economicamente									
1 – Ativo	137	27,35	76	37,07	46	44,66	16	29,09	0,0016
2 – Inativo	364	72,65	129	62,93	57	55,34	39	70,91	
Residência									
1 – Própria	364	72,65	150	73,17	82	79,61	40	72,73	0,5914
2 – Alugada	92	18,36	41	20,00	17	16,50	12	21,82	
3 – Outro	45	8,98	14	6,83	4	3,88	3	5,45	
Composição Família									
1 - 6 ou +	90	17,96	36	17,56	21	20,39	13	23,64	0,6932
2 - ≤ 2	303	60,48	128	62,44	56	54,37	28	50,91	
3 - 3 a 5	108	21,56	41	20,00	26	25,24	14	25,45	
Chefe da Família									
1 – Outros	404	80,64	159	77,56	70	67,96	37	67,27	0,0101
2 - A Própria	97	19,36	46	22,44	33	32,04	18	32,73	
Renda Familiar									
1 - Um Salario	180	35,93	82	40,00	29	28,16	20	36,36	0,3303
2 - > Um Salario	85	16,97	29	14,15	20	19,42	13	23,64	
3 - < Um Salário	236	47,11	94	45,85	54	52,43	22	40,00	

Fonte: a autora

No cruzamento da variável idade com as zonas de riscos (Tabela 6), foi observado significância estatística para as faixas 40-49 e ≥ 50 anos com valores de p (0,0031 e 0,0007) respectivamente, sugeriram que as chances de estar envolvida com o uso abusivo de ingestão de bebidas alcoólica (médio risco) reduzem com o aumento da idade. Assim, podemos afirmar que ao inverter a referência para (40-49 anos) e comparar com (18 – 29 anos) foi verificada que estas adultas jovens têm 2,54 mais chances de estar envolvidos com risco médio de consumo de bebidas alcoólicas, e em relação a faixa 50 e mais.

Não ter religião aparece associado, com significância estatística (valores de p = 0,0254 e 0,0032), com o aumento das chances de 2,3 vezes para o médio risco e de aproximadamente 3,5 vezes para o alto risco respectivamente ao comparar com as mulheres que tem religião. Ser solteira também apresentou significância estatística com (valores de p = 0,0016 e 0,0482) com um aumento das chances de 2,1 vezes para o médio risco de 1,8 vezes para o alto risco respectivamente ao comparar com as mulheres que tinham um casamento ou união estável. Os resultados sugerem que um suporte da religião, ou de um companheiro estaria ligado com uma proteção de estar envolvido com o uso abusivo de ingestão de alcoólica (médio e alto risco).

Nota-se que o comportamento beber de risco foi significativamente maior para as mulheres na faixa etária dos 18 a 29 anos, sem prática religiosa e que eram trabalhadoras. A prática religiosa tem sido apontada como um fator protetor ao consumo de álcool por estabelecer valores, normas e condenar o uso dessa substância.

Diferentes estudos sobre a classificação dos padrões de risco frente ao consumo de álcool entre a população adulta brasileira, apontam que o risco de consumo abusivo e de dependência de bebidas alcoólicas está associado a fatores sociodemográfico.

Em geral, os resultados revelam prevalências de maior magnitude de consumo abusivo e de dependência de álcool entre o sexo masculino e que não possuem ou praticam uma crença religiosa. No entanto, esse tipo de relação não aparece de forma consensual na literatura. Essa falta de consenso pode estar relacionada às diferentes metodologias empregadas nos diferentes trabalhos no que se refere à amostra masculina (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2002; BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018; RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

No entanto em relação a amostras femininas, historicamente têm sido comparadas aos resultados com os resultados masculino. Neste contexto nossa limitação de estudo em

aprofundar reflexões na avaliação dos padrões de consumo, com detecção dos segmentos mais vulneráveis, deveu-se a realização de estudos epidemiológico exclusivamente ao universo feminino.

Tabela 6 – Avaliação quanto a idade, religião, estado civil, escolaridade, economicamente, residência, composição da família e chefe da família associadas ao risco (razão de chances) do uso abusivo do álcool por mulheres atendidas na unidade da saúde em 2017 na cidade do Recife

Zona de Risco										
Sem Risco	Baixo Risco			Médio Risco			Alto Risco			
Variáveis	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	
Idade (anos)										
1- 50 +	1,00			1,00			1,00			
2 - 18 – 29	0,86 (0,56 - 1,31)		0,4761	2,64 (1,51 - 4,61)		0,0007	1,66 (0,80 - 3,42)		0,1735	
3 - 30 – 39	0,97 (0,62 - 1,51)		0,8920	1,55 (0,82 - 2,96)		0,1797	1,59 (0,73 - 3,44)		0,2397	
4 - 40 – 49	0,98 (0,64 - 1,51)		0,9436	1,02 (0,52 - 2,02)		0,9522	0,78 (0,32 - 1,91)		0,5906	
Religião										
1 – Com	1,00			1,00			1,00			
2 – Sem	1,60 (0,87 - 2,96)		0,1339	2,27 (1,11 - 4,67)		0,0254	3,41 (1,51 - 7,71)		0,0032	
Estado Civil										
1 - Casado/União	1,00			1,00			1,00			
2 - Viúvo/Separado	1,77 (0,98 - 3,20)		0,0577	1,71 (0,74 - 3,95)		0,2059	1,12 (0,32 - 3,91)		0,8529	
3 – Solteiro	1,08 (0,74 - 1,57)		0,6927	2,09 (1,32 - 3,30)		0,0016	1,83 (1,00 - 3,32)		0,0482	
Escolaridade										
1 – Fundamental	1,00			1,00			1,00			
2 – Médio	1,23 (0,89 - 1,72)		0,2125	1,14 (0,73 - 1,78)		0,5657	0,26 (0,11 - 0,59)		0,0012	
3 – Superior	2,90 (1,17 - 7,16)		0,0213	2,19 (0,65 - 7,35)		0,2039	0,00 (0,00 - Inf)		0,7668	
Economicamente										
1 – Inativo	1,00			1,00			1,00			
2 – Ativo	1,47 (1,05 - 2,06)		0,0258	2,08 (1,35 - 3,22)		0,0010	1,08 (0,58 - 2,00)		0,8099	
Residência										
1 – Própria	1,00			1,00			1,00			
2 – Alugada	1,04 (0,69 - 1,56)		0,8538	0,87 (0,49 - 1,52)		0,6141	1,18 (0,60 - 2,35)		0,6313	
3 – Outro	0,71 (0,38 - 1,31)		0,2714	0,38 (0,13 - 1,10)		0,0750	0,59 (0,18 - 1,99)		0,3967	
Composição Família										
1 - 6 ou +	1,00			1,00			1,00			
2 - ≤ 2	1,33 (0,80 - 2,20)		0,2753	1,05 (0,55 - 1,99)		0,8888	1,20 (0,54 - 2,70)		0,6530	
3 - 3 a 5	1,12 (0,74 - 1,68)		0,5971	0,79 (0,47 - 1,31)		0,3582	0,72 (0,36 - 1,41)		0,3364	
Chefe da Família										
1 – Outros	1,00			1,00			1,00			
2 - A Própria	1,43 (0,98 - 2,09)		0,0668	2,07 (1,29 - 3,32)		0,0027	2,16 (1,18 - 3,97)		0,0131	
Renda Familiar										
1 - Um Salario	1,00			1,00			1,00			
2 - > Um Salario	0,75 (0,46 - 1,23)		0,2531	1,46 (0,78 - 2,73)		0,2352	1,38 (0,65 - 2,90)		0,4002	
3 - < Um Salário	0,87 (0,61 - 1,25)		0,4572	1,42 (0,87 - 2,32)		0,1615	0,84 (0,44 - 1,58)		0,5884	

Fonte: a autora

No tocante em identificar nas mulheres estudadas quais os fatores que estariam contribuindo para um maior envolvimento com o uso abusivo do álcool, tornando-as mais

vulneráveis (Tabela 7), o modelo de avaliação da vulnerabilidade encontrou que: ser chefe da família (2,8), não ter religião (2,9), ser adulto jovem (18-29 anos) (3,00) em relação ao (40-49 ou 50+ anos) e ter nível de escolaridade fundamental em relação ao nível médio (5,2) estão diretamente relacionadas com a vulnerabilidade desta mulheres.

Tabela 7 - Modelo de avaliação da vulnerabilidade das mulheres, relatado através da idade, religião, escolaridade, economicamente e chefe da família associadas ao risco (razão de chances) do uso abusivo do álcool por mulheres atendidas na unidade da saúde em 2017 na cidade do Recife

Sem Risco	Zona de Risco								
	Baixo Risco			Médio Risco			Alto Risco		
Variáveis	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
Idade (1 - 50+)									
1 - 18 -29	0,76	(0,48 - 1,23)	0,2677	3,54	(1,87 - 6,69)	0,0001	3,05	(1,35 - 6,91)	0,0074
2 - 30 - 39	0,84	(0,52 - 1,37)	0,4809	1,86	(0,92 - 3,76)	0,0824	2,97	(1,29 - 6,83)	0,0106
3 - 40 - 49	0,92	(0,59 - 1,42)	0,6946	1,02	(0,50 - 2,07)	0,9542	0,98	(0,39 - 2,43)	0,9580
Religião (1 - Com)									
2 - Sem	1,76	(0,94 - 3,30)	0,0790	1,77	(0,83 - 3,77)	0,1388	2,94	(1,23 - 7,03)	0,0155
Escolaridade (1 - Fundamental)									
2 - Médio	1,28	(0,89 - 1,94)	0,1748	0,78	(0,48 - 1,26)	0,3077	0,19	(0,08 - 0,44)	0,0001
3 - Superior	2,91	(1,14 - 7,42)	0,0255	1,41	(0,39 - 5,09)	0,6014	0,00	(0,00 - Inf)	0,9719
Economicamente (1 - Inativa)									
2 - Ativa	1,30	(0,91 - 1,86)	0,1542	1,88	(1,18 - 3,01)	0,0082	1,27	(0,66 - 2,43)	0,4755
Chefe de Família (1 - Outros)									
2 - A Própria	1,38	(0,92 - 2,07)	0,1156	2,79	(1,65 - 4,71)	0,0001	2,89	(1,48 - 5,63)	0,0019

Fonte: a autora

Este estudo avaliou o padrão de consumo de álcool em uma amostra de 864 mulheres acompanhadas na ESF do DSIV da Secretaria de Municipal de Saúde do Recife.

Os resultados obtidos identificaram que 363 (42,0%) mulheres encontram em zona de risco pelo o consumo de bebidas alcoólicas, enquanto que um pouco mais da metade delas 501 (57,9%) foram classificadas sem risco.

Além disso, foi observado que houve coerência entre os resultados obtidos do Teste AUDIT desta pesquisa com as outras pesquisas realizadas que avaliaram os padrões de consumo de bebidas alcoólicas entre os homens e as mulheres, a exemplo a pesquisa realizada por Paduani et al (2008) que corroboram com os resultados desta pesquisa.

Esses autores observaram que o consumo de álcool entre as mulheres apresentou um padrão de risco comum a prevalência de 46,34%, em uma amostra composta por 337 estudantes universitários. Destes, 185 (54,8%) eram do sexo masculino e 152 (45,2%) do sexo feminino.

Acreditamos que a preocupação em classificar o tipo de uso e abuso de álcool em mulheres acompanhadas na atenção básica a saúde seja indispensável, devido à presunção de que o consumo dessa substância poderá interferir na probabilidade dessas mulheres se tornarem pessoas dependentes do álcool.

Neste contexto, a relevância dos resultados obtidos focados apenas nas 42,0% (363) participantes que bebem, nas tabelas de 8 a 17.

Em relação à escolaridade, observou-se que, 60,8% ensino fundamental, 34,9% ensino médio e 4,1% ensino superior. Quanto ao estado civil das mesmas 62,2% casadas, 7,9% separadas e 29,7% solteiras. Foi ainda observado que a maioria (89,2%) com religião (89,2%) e sem religião foi de 10,7%

Em relação à idade, 28,1% encontravam na faixa etária de 18 a 29 anos, 21,4% na faixa etária de 30 a 39 anos, 20,1% na faixa etária de 40 a 49 anos e 30,3% na faixa etária de 50 ou mais anos. Já em relação ao trabalho, menos da metade 38,0% trabalhar. (Tabela 8.)

A avaliação das três primeiras questões do teste AUDIT relacionadas com as variáveis sociodemográficas destas mulheres pode ser observada nas tabelas 8, 9 e 10. Em relação à frequência do consumo de álcool, foi observado dentre elas, bebe 2 ou 3 vezes por semana 32,8% faixa etária de 18 – 29 anos, que foi a prevalência mais significativa observada em relação às demais faixas etárias.

Enquanto que bebe de duas a quatro vezes por mês foi de 29,8% ocorreu tanto da faixa etária de 18 a 29 anos e quanto da faixa etária de 50 anos ou mais. Observou ainda que 85,0% com religião e 56,7% sem trabalho (Tabela 8)

No entanto, é inquietante no que refere à quantidade do consumo de álcool em um dia normal onde bebem em uma única ocasião. 20,3% bebem de 1-2 doses por dia, 24,2% bebem de 3-4 doses por dia, 11,2% bebem de 5-6 doses no dia, 4,6% bebem de 7 a 9 doses e 39,3% bebem 10 ou mais doses no dia, sendo que esse comportamento é realizado pelo menos uma vez por semana. (Tabela 9).

Em relação ao “binge” destacaram as mulheres que se encontravam na faixa etária de 18 a 29 anos, observou-se a prevalência de 37,7% relacionada ao consumo de 10 ou mais doses, e todas as outras faixas etárias apresentaram prevalência equivalente em torno de 20%. (Tabela 5).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse é um padrão de consumo de risco. A OMS preconiza como limite para o uso de baixo risco de álcool não mais que duas doses diárias para homens e uma para mulheres.

Ainda em relação ao consumo de ou mais 10 doses, verificou que 77,6% casa própria, e 29,3% são chefes de família. E que 46,1% apresentou renda familiar menor que um salário mínimo e 32,8% com uma renda familiar de um salário mínimo no momento da pesquisa (Tabela 9). Foi observado ainda que todas as faixas etárias de 20,7% bebem com muita frequência durante a semana (Tabela 10).

Chama atenção que as consumidoras de risco, sobretudo eram as mulheres jovens de idade 18 a 29 anos esta faixa etária já é observada tanto na literatura nacional quanto na internacional (MOURA; MALTA, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Tal fato, pode ser considerado hoje, como já fazendo parte da realidade do universo feminino, e tal padrão de comportamentos de socialização parecem típicos dessa faixa etária, com destaque para o comportamento de beber em “*binge*”. Alguns autores ressaltam que os indivíduos jovens, tanto os homens quanto as mulheres, de certa forma, têm conhecimento cognitivo dos efeitos que o excesso de bebida pode provocar no organismo, mas, mesmo assim, continuam bebendo, muitas vezes de maneira arriscada (LARANJEIRA et al., 2010).

Nesta conjunção o consumo abusivo episódico de bebida alcoólica pode estar associado aos problemas físicos, sociais e mentais, este comportamento que poderá levar a dependência alcoólica (ANDRADE, ANTONY, 2009).

Tabela 8 – Prevalências e associação da resposta da Q1 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q1 - Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?										Valor de p
	Total		Mensalmente ou Menos		De 2 a 4 vezes por mês		De 2 a 3 vezes por semana		4 ou mais vezes por semana		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	253	100,00	202	55,65	67	18,46	76	20,94	18	4,96	
Idade (anos)											
1 - 50 +	110	21,53	64	31,68	20	29,85	18	23,68	8	44,44	0,5582
2 - 18 - 29	102	32,06	54	26,73	20	29,85	25	32,89	3	16,67	
3 - 30 - 39	78	26,27	43	21,29	14	20,90	15	19,74	6	33,33	
4 - 40 - 49	73	20,14	41	20,30	13	19,40	18	23,68	1	5,56	
Religião											
1 - Com	324	92,36	186	92,08	57	85,07	67	88,16	14	77,78	0,2031
2 - Sem	39	7,64	16	7,92	10	14,93	9	11,84	4	22,22	
Estado Civil											
1 - Casado/União	226	66,32	134	66,34	39	58,21	42	55,26	11	61,11	0,3378
2 - Viúvo/Separado	29	7,06	17	8,42	6	8,96	4	5,26	2	11,11	
3 - Solteiro	108	26,62	51	25,25	22	32,84	30	39,47	5	27,78	
Escolaridade											
1 - Superior	15	2,78	10	4,95	2	2,99	3	3,95	0	0,00	0,2157
2 - Fundamental	220	62,15	116	57,43	38	56,72	50	65,79	16	88,89	
3 - Médio	128	35,07	76	37,62	27	40,30	23	30,26	2	11,11	
Economicamente											
1 - Ativo	138	31,83	68	33,66	29	43,28	34	44,74	7	38,89	0,2678
2 - Inativo	225	68,17	134	66,34	38	56,72	42	55,26	11	61,11	
Residência											
1 - Própria	272	73,61	152	75,25	45	67,16	61	80,26	14	77,78	0,5588
2 - Alugada	70	18,75	40	19,80	17	25,37	10	13,16	3	16,67	
3 - Outro	21	7,64	10	4,95	5	7,46	5	6,58	1	5,56	
Composição Família											
1 - 6 ou +	70	18,52	36	17,82	14	20,90	16	21,05	4	22,22	0,2074
2 - ≤ 2	213	59,61	124	61,39	42	62,69	41	53,95	6	33,33	
3 - 3 a 5	80	21,88	42	20,79	11	16,42	19	25,00	8	44,44	
Chefe da Família											
1 - Outros	266	77,55	157	77,72	46	68,66	50	65,79	13	72,22	0,1616
2 - A Própria	97	22,45	45	22,28	21	31,34	26	34,21	5	27,78	
Renda Familiar											
1 - Um Salario	132	36,00	81	40,10	23	34,33	23	30,26	5	27,78	0,2432
2 - > Um Salario	61	17,01	36	17,82	8	11,94	16	21,05	1	5,56	
3 - < Um Salário	170	46,99	85	42,08	36	53,73	37	48,68	12	66,67	

Fonte: a autora

Tabela 9 –Prevalências e associação da resposta da Q2 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q2 - Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?												Valor de P	
	Total		1 ou 2		3 ou 4		5 ou 6		7, 8 ou 9		10 ou mais			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	363	100,0	75	20,6	88	24,2	41	11,3	17	4,7	143	39,3		
Idade (anos)														
1 - 50 +	110	30,3	31	41,9	32	36,4	15	36,6	2	11,8	30	21,0	0,0178	
2 - 18 – 29	102	28,1	13	17,6	21	23,9	7	17,1	7	41,2	54	37,8		
3 - 30 – 39	78	21,5	15	20,3	19	21,6	8	19,5	5	29,4	31	21,7		
4 - 40 – 49	73	20,1	15	20,3	16	18,2	11	26,8	3	17,7	28	19,6		
Religião														
1 – Com	324	89,3	72	97,3	76	86,4	37	90,2	12	70,6	127	88,8	0,0135	
2 – Sem	39	10,7	2	2,7	12	13,6	4	9,8	5	29,4	16	11,2		
Estado Civil														
1 - Casado/União	226	62,3	50	67,6	62	70,5	23	56,1	10	58,8	81	56,6	0,1083	
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	7	9,5	5	5,7	7	17,1	0	0,0	10	7,0		
3 – Solteiro	108	29,8	17	23,0	21	23,9	11	26,8	7	41,2	52	36,4		
Escolaridade														
1 – Superior	15	4,1	5	6,8	4	4,6	1	2,4	2	11,8	3	2,1	0,0956	
2 – Fundamental	221	60,9	39	52,7	49	55,7	23	56,1	10	58,8	100	69,9		
3 – Médio	127	35,0	30	40,5	35	39,8	17	41,5	5	29,4	40	28,0		
Economicamente														
1 – Ativo	138	38,0	33	44,6	29	33,0	16	39,0	5	29,4	55	38,5	0,5899	
2 – Inativo	225	62,0	41	55,4	59	67,1	25	61,0	12	70,6	88	61,5		
Residência														
1 – Própria	272	74,9	56	75,7	65	73,9	31	75,6	9	52,9	111	77,6	0,3875	
2 – Alugada	70	19,3	14	18,9	16	18,2	8	19,5	5	29,4	27	18,9		
3 – Outro	21	5,8	4	5,4	7	8,0	2	4,9	3	17,7	5	3,5		
Composição Família														
1 - 6 ou +	70	19,3	16	21,6	11	12,5	10	24,4	6	35,3	27	18,9	0,3367	
2 - ≤ 2	212	58,4	39	52,7	58	65,9	25	61,0	7	41,2	83	58,0		
3 - 3 a 5	81	22,3	19	25,7	19	21,6	6	14,6	4	23,5	33	23,1		
Chefe da Família														
1 – Outros	266	73,3	56	75,7	72	81,8	24	58,5	13	76,5	101	70,6	0,0741	
2 - A Própria	97	26,7	18	24,3	16	18,2	17	41,5	4	23,5	42	29,4		
Renda Familiar														
1 - Um Salário	131	36,1	30	40,5	36	40,9	16	39,0	2	11,8	47	32,9	0,0878	
2 - > Um Salário	62	17,1	6	8,1	17	19,3	5	12,2	4	23,5	30	21,0		
3 - < Um Salário	170	46,8	38	51,4	35	39,8	20	48,8	11	64,7	66	46,2		

Fonte: a autora

Tabela 10 –Prevalências e associação da resposta da Q3 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q3 - Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez?												Valor de P	
	Total		Nunca		Menos do que uma vez ao mês		Mensal mente		Semanal mente		Todos ou quase todos os dias			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	363	100,0	161	44,1	77	21,2	43	11,9	75	20,7	8	2,2		
Idade (anos)														
1 - 50 +	110	30,3	63	39,4	20	26,0	9	20,9	17	22,7	1	12,5	0,0173	
2 - 18 – 29	102	28,1	30	18,8	26	33,8	17	39,5	26	34,7	3	37,5		
3 - 30 – 39	78	21,5	36	22,5	13	16,9	10	23,3	15	20,0	4	50,0		
4 - 40 – 49	73	20,1	31	19,4	18	23,4	7	16,3	17	22,7	0	0,0		
Religião														
1 – Com	324	89,3	148	92,5	68	88,3	36	83,7	65	86,7	7	87,5	0,3196	
2 – Sem	39	10,7	12	7,5	9	11,7	7	16,3	10	13,3	1	12,5		
Estado Civil														
1 - Casado/União	226	62,3	106	66,3	44	57,1	28	65,1	41	54,7	7	87,5	0,2350	
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	14	8,8	8	10,4	4	9,3	3	4,0	0	0,0		
3 – Solteiro	108	29,8	40	25,0	25	32,5	11	25,6	31	41,3	1	12,5		
Escolaridade														
1 – Superior	15	4,1	10	6,3	2	2,6	1	2,3	2	2,7	0	0,0	0,1218	
2 – Fundamental	221	60,9	82	51,3	51	66,2	30	69,8	51	68,0	7	87,5		
3 – Médio	127	35,0	68	42,5	24	31,2	12	27,9	22	29,3	1	12,5		
Economicamente														
1 – Ativo	138	38,0	64	40,0	23	29,9	17	39,5	32	42,7	2	25,0	0,4488	
2 – Inativo	225	62,0	96	60,0	54	70,1	26	60,5	43	57,3	6	75,0		
Residência														
1 – Própria	272	74,9	120	75,0	57	74,0	30	69,8	58	77,3	7	87,5	0,7830	
2 – Alugada	70	19,3	29	18,1	16	20,8	11	25,6	14	18,7	0	0,0		
3 – Outro	21	5,8	11	6,9	4	5,2	2	4,7	3	4,0	1	12,5		
Composição Família														
1 - 6 ou +	70	19,3	31	19,4	12	15,6	10	23,3	16	21,3	1	12,5	0,4502	
2 - ≤ 2	212	58,4	93	58,1	52	67,5	25	58,1	39	52,0	3	37,5		
3 - 3 a 5	81	22,3	36	22,5	13	16,9	8	18,6	20	26,7	4	50,0		
Chefe da Família														
1 – Outros	266	73,3	123	76,9	58	75,3	27	62,8	51	68,0	7	87,5	0,2554	
2 - A Própria	97	26,7	37	23,1	19	24,7	16	37,2	24	32,0	1	12,5		
Renda Familiar														
1 - Um Salário	131	36,1	62	38,8	27	35,1	17	39,5	23	30,7	2	25,0	0,0952	
2 - > Um Salário	62	17,1	20	12,5	22	28,6	6	14,0	14	18,7	0	0,0		
3 - < Um Salário	170	46,8	78	48,8	28	36,4	20	46,5	38	50,7	6	75,0		

Fonte: a autora

As respostas obtidas nas questões 4, 5 e 6 do AUDIT conjuntamente com as variáveis sociodemográfico, que avalia os possíveis sintomas da dependência (Tabelas 11,12 e 13) traz à tona um aspecto preocupante.

Um destes aspectos foi que é difícil parar de beber para 3,3% participantes, tanto mensalmente quanto semanalmente. Foi observado também as que tiveram dificuldade em parar de beber durante o mês foi a metade 50,0 % jovens da faixa etária de 18 a 29 e semanalmente foi 50,0% na faixa etária 30 a 39 anos. Sendo que 33,3% trabalha e 66,8% não trabalha. Observou que 1,3% teve dificuldade em parar de beber diariamente, e tal fato foi observado em toda as faixas etárias estudadas (Tabela 11).

Outro aspecto preocupante foi que não consegue concretizar nenhuma atividade prevista devido ao consumo de álcool. Foi observado que 14,0% aconteceu uma vez no mês, esse achado esteve presente em todas as faixas etária de 18 a 29 anos foi 41,1% e de 30 a 39 anos foi 19,6%, de 40 a 49anos foi 21,5% e de 50 ou mais anos foi 17,6%. E destas 39,2% renda familiar de um salário mínimo (Tabela 12). Além disso, observou-se que 3,0% precisou de uma primeira dose pela manhã para sentirem-se melhor, depois de terem se embriagado na noite anterior, entre elas 72,7% solteiras e sem trabalho fora de casa (Tabela 13).

Guimarães et al. (2010) apontaram que um dos fatores predisponentes para dependência de bebidas alcoólicas é ausência de trabalho. Assim, entende-se que maior número de estudos deve ser realizado para elucidar a relação entre essas variáveis.

Salienta-se a preocupação em relação ao aumento do consumo de bebidas pelas mulheres, já que o álcool, no organismo feminino, pode provocar piores danos físicos devido à gordura corporal relativamente maior que nos homens (CÉSAR, 2006).

Tabela 11 – Prevalências e associação da resposta da Q4 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q4 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?												Valor de p
	Total		Nunca		Menos do que uma vez ao mês		Mensal mente		Semanal mente		Todos ou quase todos os dias		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	363	100,0	298	82,1	36	9,9	12	3,3	12	3,3	5	1,4	
Idade (anos)													
1 - 50 +	110	30,3	97	32,6	8	22,2	1	8,3	3	25,0	1	20,0	0,3069
2 - 18 – 29	102	28,1	83	27,9	10	27,8	6	50,0	2	16,7	1	20,0	
3 - 30 – 39	78	21,5	57	19,1	10	27,8	3	25,0	6	50,0	2	40,0	
4 - 40 – 49	73	20,1	61	20,5	8	22,2	2	16,7	1	8,3	1	20,0	
Religião													
1 – Com	324	89,3	264	88,6	34	94,4	10	83,3	11	91,7	5	100,0	0,7802
2 – Sem	39	10,7	34	11,4	2	5,6	2	16,7	1	8,3	0	0,0	
Estado Civil													
1 - Casado/União	226	62,3	187	62,8	22	61,1	7	58,3	6	50,0	4	80,0	0,5997
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	26	8,7	1	2,8	2	16,7	0	0,0	0	0,0	
3 – Solteiro	108	29,8	85	28,5	13	36,1	3	25,0	6	50,0	1	20,0	
Escolaridade													
1 – Superior	15	4,1	13	4,4	2	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0120
2 – Fundamental	220	60,6	167	56,0	27	75,0	12	100,0	10	83,3	4	80,0	
3 – Médio	128	35,3	118	39,6	7	19,4	0	0,0	2	16,7	1	20,0	
Economicamente													
1 – Ativo	138	38,0	111	37,3	15	41,7	4	33,3	5	41,7	3	60,0	0,8145
2 – Inativo	225	62,0	187	62,8	21	58,3	8	66,7	7	58,3	2	40,0	
Residência													
1 – Própria	272	74,9	224	75,2	30	83,3	6	50,0	8	66,7	4	80,0	0,0284
2 – Alugada	70	19,3	59	19,8	2	5,6	5	41,7	4	33,3	0	0,0	
3 – Outro	21	5,8	15	5,0	4	11,1	1	8,3	0	0,0	1	20,0	
Composição Família													
1 - 6 ou +	69	19,0	54	18,1	8	22,2	4	33,3	2	16,7	1	20,0	0,8257
2 - ≤ 2	213	58,7	177	59,4	21	58,3	5	41,7	8	66,7	2	40,0	
3 - 3 a 5	81	22,3	67	22,5	7	19,4	3	25,0	2	16,7	2	40,0	
Chefe da Família													
1 – Outros	266	73,3	224	75,2	23	63,9	6	50,0	8	66,7	5	100,0	0,1093
2 - A Própria	97	26,7	74	24,8	13	36,1	6	50,0	4	33,3	0	0,0	
Renda Familiar													
1 - Um Salário	131	36,1	110	36,9	12	33,3	5	41,7	3	25,0	1	20,0	0,1438
2 - > Um Salário	62	17,1	44	14,8	8	22,2	5	41,7	4	33,3	1	20,0	
3 - < Um Salário	170	46,8	144	48,3	16	44,4	2	16,7	5	41,7	3	60,0	

Fonte: a autora

Tabela 12 – Prevalências e associação da resposta da Q5 do AUDIT com as variáveis demográfico das participantes que bebem. Recife (PE),2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q5 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?												Valor de p	
	Total		Nunca		Menos do que uma vez ao mês		Mensal mente		Semanal mente		Todos ou quase todos os dias			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	363	100,0	295	81,3	51	14,1	10	2,8	4	1,1	3	0,8		
Idade (anos)														
1 - 50 +	110	30,3	98	33,2	9	17,7	2	20,0	1	25,0	0	0,0	0,0483	
2 - 18 – 29	102	28,1	74	25,1	21	41,2	5	50,0	2	50,0	0	0,0		
3 - 30 – 39	78	21,5	62	21,0	10	19,6	2	20,0	1	25,0	3	100,0		
4 - 40 – 49	73	20,1	61	20,7	11	21,6	1	10,0	0	0,0	0	0,0		
Religião														
1 – Com	324	89,3	264	89,5	46	90,2	8	80,0	3	75,0	3	100,0	0,4970	
2 – Sem	39	10,7	31	10,5	5	9,8	2	20,0	1	25,0	0	0,0		
Estado Civil														
1 - Casado/União	226	62,3	186	63,1	29	56,9	6	60,0	2	50,0	3	100,0	0,6328	
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	25	8,5	3	5,9	0	0,0	1	25,0	0	0,0		
3 – Solteiro	108	29,8	84	28,5	19	37,3	4	40,0	1	25,0	0	0,0		
Escolaridade														
1 – Superior	15	4,1	13	4,4	2	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,4870	
2 – Fundamental	220	60,6	171	58,0	34	66,7	9	90,0	3	75,0	3	100,0		
3 – Médio	128	35,3	111	37,6	15	29,4	1	10,0	1	25,0	0	0,0		
Economicamente														
1 – Ativo	138	38,0	117	39,7	15	29,4	4	40,0	1	25,0	1	33,3	0,7055	
2 – Inativo	225	62,0	178	60,3	36	70,6	6	60,0	3	75,0	2	66,7		
Residência														
1 – Própria	272	74,9	219	74,2	39	76,5	9	90,0	3	75,0	2	66,7	0,6130	
2 – Alugada	70	19,3	60	20,3	8	15,7	1	10,0	1	25,0	0	0,0		
3 – Outro	21	5,8	16	5,4	4	7,8	0	0,0	0	0,0	1	33,3		
Composição Família														
1 - 6 ou +	69	19,0	58	19,7	7	13,7	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0,5459	
2 - ≤ 2	213	58,7	173	58,6	31	60,8	5	50,0	2	50,0	2	66,7		
3 - 3 a 5	81	22,3	64	21,7	13	25,5	1	10,0	2	50,0	1	33,3		
Chefe da Família														
1 – Outros	266	73,3	218	73,9	39	76,5	5	50,0	2	50,0	2	66,7	0,2813	
2 - A Própria	97	26,7	77	26,1	12	23,5	5	50,0	2	50,0	1	33,3		
Renda Familiar														
1 - Um Salário	131	36,1	107	36,3	20	39,2	2	20,0	0	0,0	2	66,7	0,0080	
2 - > Um Salário	62	17,1	41	13,9	15	29,4	4	40,0	2	50,0	0	0,0		
3 - < Um Salário	170	46,8	147	49,8	16	31,4	4	40,0	2	50,0	1	33,3		

Fonte: a autora

Tabela 13 - Prevalências e associação da resposta da Q6 do AUDIT com as variáveis demográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q6 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?												Valor de P	
	Total		Nunca		Menos do que uma vez ao mês		Mensal mente		Semanal mente		Todos ou quase todos os dias			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	363	100,0	339	93,4	11	3,0	5	1,4	6	1,7	2	0,6		
Idade (anos)														
1 - 50 +	110	30,3	106	31,3	1	9,1	0	0,0	2	33,3	1	50,0	0,2377	
2 - 18 – 29	102	28,1	96	28,3	3	27,3	3	60,0	0	0,0	0	0,0		
3 - 30 – 39	78	21,5	69	20,4	4	36,4	1	20,0	3	50,0	1	50,0		
4 - 40 – 49	73	20,1	68	20,1	3	27,3	1	20,0	1	16,7	0	0,0		
Religião														
1 – Com	324	89,3	306	90,3	8	72,7	3	60,0	5	83,3	2	100,0	0,0595	
2 – Sem	39	10,7	33	9,7	3	27,3	2	40,0	1	16,7	0	0,0		
Estado Civil														
1 - Casado/União	226	62,3	214	63,1	3	27,3	4	80,0	3	50,0	2	100,0	0,1236	
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	28	8,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0		
3 – Solteiro	108	29,8	97	28,6	8	72,7	1	20,0	2	33,3	0	0,0		
Escolaridade														
1 – Superior	15	4,1	15	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,3923	
2 – Fundamental	220	60,6	199	58,7	9	81,8	4	80,0	6	100,0	2	100,0		
3 – Médio	128	35,3	125	36,9	2	18,2	1	20,0	0	0,0	0	0,0		
Economicamente														
1 – Ativo	138	38,0	134	39,5	3	27,3	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0,0704	
2 – Inativo	225	62,0	205	60,5	8	72,7	5	100,0	6	100,0	1	50,0		
Residência														
1 – Própria	272	74,9	256	75,5	7	63,6	3	60,0	4	66,7	2	100,0	0,4685	
2 – Alugada	70	19,3	64	18,9	2	18,2	2	40,0	2	33,3	0	0,0		
3 – Outro	21	5,8	19	5,6	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Composição Família														
1 - 6 ou +	69	19,0	65	19,2	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0482	
2 - ≤ 2	213	58,7	201	59,3	5	45,5	4	80,0	1	16,7	2	100,0		
3 - 3 a 5	81	22,3	73	21,5	2	18,2	1	20,0	5	83,3	0	0,0		
Chefe da Família														
1 – Outros	266	73,3	251	74,0	5	45,5	5	100,0	3	50,0	2	100,0	0,0694	
2 - A Própria	97	26,7	88	26,0	6	54,6	0	0,0	3	50,0	0	0,0		
Renda Familiar														
1 - Um Salário	131	36,1	124	36,6	4	36,4	2	40,0	0	0,0	1	50,0	0,1259	
2 - > Um Salário	62	17,1	55	16,2	3	27,3	0	0,0	4	66,7	0	0,0		
3 - < Um Salário	170	46,8	160	47,2	4	36,4	3	60,0	2	33,3	1	50,0		

Fonte: a autora

Nas questões 7, 8, 9 e 10 do AUDIT relacionadas com as variáveis sociodemográfico, avalia os riscos e as consequências do uso de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses (Tabelas, 14,15,16 e 17).

Foi verificado que 75,5% dentre as 363 mulheres que bebem, não sentem culpa ou remorso diante do consumo. Porém, 16,5% já havia sentido arrependimento após do consumo de bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez no mês. Destas, 65,0% os pais ou outros familiares são responsáveis pela sua manutenção financeira, ou seja, pela viabilização do consumo de bebidas. No entanto, observou-se que 35,0% com trabalho formal ou informal, meio pelo qual garante seu sustento. Foi ressaltado ainda que, dentre o universo de mulheres que sentiram culpa pelo consumo de bebidas, 35,0% faixa etária de 18 a 29 anos. (Tabela 14). E aquelas que sentem culpa semanalmente foi de 3,0% com religião (Tabela 14).

Outra consequência observada pelo o consumo de álcool, foi a ocorrência de apagões. O apagão é um indicativo importante dos problemas causados pelo consumo de bebidas alcoólicas em excesso. Observou-se que ocorreu mensalmente em 3,5%, e destas 63,6% casadas. E semanalmente aconteceu em 3,5%, observando as frequências mais elevadas 30,8% faixas etárias entre 30-39 e 50 e mais. Em sua maioria sem trabalho (Tabela 15).

Em relação aos vários problemas que a bebida alcoólica pode causar pelo o consumo, 84,0% que nunca teve problemas, mas 9,1% teve problemas com o consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses, destas 69,7% sem trabalhos. Foi observado que 6,9% já experimentou problemas pelo o uso, mais não nos últimos 12 meses, destas 44,0% sem trabalho (Tabela 16).

Outro aspecto bem significativo foi a prevalência de 83,5% nunca ninguém se preocupou com o fato delas beberem ou sugeriu que parassem de beber (Tabela 17).

Tabela 14 – Prevalências e associação da resposta da Q7 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q7 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?												Valor de P
	Total		Nunca		Menos do que uma vez ao mês		Mensal mente		Semanal mente		Todos ou quase todos os dias		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	363	100,0	274	75,5	60	16,5	15	4,1	11	3,0	3	0,8	
Idade (anos)													
1 - 50 +	110	30,3	82	29,9	18	30,0	4	26,7	6	54,6	0	0,0	0,5532
2 - 18 – 29	102	28,1	73	26,6	21	35,0	6	40,0	1	9,1	1	33,3	
3 - 30 – 39	78	21,5	62	22,6	9	15,0	3	20,0	2	18,2	2	66,7	
4 - 40 – 49	73	20,1	57	20,8	12	20,0	2	13,3	2	18,2	0	0,0	
Religião													
1 – Com	324	89,3	244	89,1	55	91,7	11	73,3	11	100,0	3	100,0	0,2629
2 – Sem	39	10,7	30	11,0	5	8,3	4	26,7	0	0,0	0	0,0	
Estado Civil													
1 - Casado/União	226	62,3	170	62,0	36	60,0	10	66,7	7	63,6	3	100,0	0,9461
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	24	8,8	4	6,7	0	0,0	1	9,1	0	0,0	
3 – Solteiro	108	29,8	80	29,2	20	33,3	5	33,3	3	27,3	0	0,0	
Escolaridade													
1 – Superior	15	4,1	14	5,1	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0243
2 – Fundamental	220	60,6	150	54,7	46	76,7	13	86,7	9	81,8	2	66,7	
3 – Médio	128	35,3	110	40,2	13	21,7	2	13,3	2	18,2	1	33,3	
Economicamente													
1 – Ativo	138	38,0	107	39,1	21	35,0	4	26,7	4	36,4	2	66,7	0,7173
2 – Inativo	225	62,0	167	61,0	39	65,0	11	73,3	7	63,6	1	33,3	
Residência													
1 – Própria	272	74,9	209	76,3	42	70,0	12	80,0	7	63,6	2	66,7	0,4555
2 – Alugada	70	19,3	51	18,6	13	21,7	3	20,0	3	27,3	0	0,0	
3 – Outro	21	5,8	14	5,1	5	8,3	0	0,0	1	9,1	1	33,3	
Composição Família													
1 - 6 ou +	69	19,0	52	19,0	11	18,3	4	26,7	1	9,1	1	33,3	0,8261
2 - ≤ 2	213	58,7	164	59,9	34	56,7	7	46,7	6	54,6	2	66,7	
3 - 3 a 5	81	22,3	58	21,2	15	25,0	4	26,7	4	36,4	0	0,0	
Chefe da Família													
1 – Outros	266	73,3	206	75,2	41	68,3	9	60,0	7	63,6	3	100,0	0,3719
2 - A Própria	97	26,7	68	24,8	19	31,7	6	40,0	4	36,4	0	0,0	
Renda Familiar													
1 - Um Salário	131	36,1	104	38,0	21	35,0	3	20,0	2	18,2	1	33,3	0,0010
2 - > Um Salário	62	17,1	33	12,0	20	33,3	5	33,3	4	36,4	0	0,0	
3 - < Um Salário	170	46,8	137	50,0	19	31,7	7	46,7	5	45,5	2	66,7	

Fonte: a autora

Tabela 15 – Prevalências e associação da resposta da Q8 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q8 - Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?												Valor de P
	Total		Nunca		Menos do que uma vez ao mês		Mensalmente		Semanalmente		Todos ou quase todos os dias		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	362	100,0	279	77,1	56	15,5	11	3,0	13	3,6	3	0,8	
Idade (anos)													
1 - 50 +	110	30,4	88	31,5	17	30,4	1	9,1	4	30,8	0	0,0	0,2101
2 - 18 – 29	102	28,2	70	25,1	23	41,1	5	45,5	3	23,1	1	33,3	
3 - 30 – 39	78	21,5	60	21,5	9	16,1	3	27,3	4	30,8	2	66,7	
4 - 40 – 49	72	19,9	61	21,9	7	12,5	2	18,2	2	15,4	0	0,0	
Religião													
1 – Com	323	89,2	253	90,7	48	85,7	8	72,7	11	84,6	3	100,0	0,2005
2 – Sem	39	10,8	26	9,3	8	14,3	3	27,3	2	15,4	0	0,0	
Estado Civil													
1 - Casado/União	225	62,2	178	63,8	32	57,1	7	63,6	5	38,5	3	100,0	0,5231
2 - Viúvo/Separado	29	8,0	22	7,9	5	8,9	0	0,0	2	15,4	0	0,0	
3 – Solteiro	108	29,8	79	28,3	19	33,9	4	36,4	6	46,2	0	0,0	
Escolaridade													
1 – Superior	15	4,1	13	4,7	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0203
2 – Fundamental	220	60,8	156	55,9	41	73,2	8	72,7	13	100,0	2	66,7	
3 – Médio	127	35,1	110	39,4	13	23,2	3	27,3	0	0,0	1	33,3	
Economicamente													
1 – Ativo	137	37,8	110	39,4	19	33,9	3	27,3	3	23,1	2	66,7	0,5050
2 – Inativo	225	62,2	169	60,6	37	66,1	8	72,7	10	76,9	1	33,3	
Residência													
1 – Própria	271	74,9	211	75,6	40	71,4	8	72,7	10	76,9	2	66,7	0,6631
2 – Alugada	70	19,3	51	18,3	13	23,2	3	27,3	3	23,1	0	0,0	
3 – Outro	21	5,8	17	6,1	3	5,4	0	0,0	0	0,0	1	33,3	
Composição Família													
1 - 6 ou +	68	18,8	52	18,6	9	16,1	3	27,3	3	23,1	1	33,3	0,8929
2 - ≤ 2	213	58,8	167	59,9	31	55,4	6	54,6	7	53,9	2	66,7	
3 - 3 a 5	81	22,4	60	21,5	16	28,6	2	18,2	3	23,1	0	0,0	
Chefe da Família													
1 – Outros	265	73,2	213	76,3	36	64,3	6	54,6	7	53,9	3	100,0	0,0506
2 - A Própria	97	26,8	66	23,7	20	35,7	5	45,5	6	46,2	0	0,0	
Renda Familiar													
1 - Um Salário	130	35,9	101	36,2	24	42,9	2	18,2	2	15,4	1	33,3	0,0335
2 - > Um Salário	62	17,1	40	14,3	12	21,4	4	36,4	6	46,2	0	0,0	
3 - < Um Salário	170	47,0	138	49,5	20	35,7	5	45,5	5	38,5	2	66,7	

Fonte: a autora

Tabela 16– Prevalências e associação da resposta da Q9 do AUDIT com as variáveis demográficas das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q9 - Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?								Valor de p
	Total		Não		Sim, mas não nos últimos 12 meses		Sim, nos últimos 12 meses		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	253	100,00	212	84,02	16	6,89	25	9,09	
Idade (anos)									
1 - 50 +	110	43,48	93	30,49	9	36,00	8	24,24	0,3911
2 - 18 - 29	102	40,32	79	25,90	8	32,00	15	45,45	
3 - 30 - 39	78	30,83	68	22,30	4	16,00	6	18,18	
4 - 40 - 49	73	28,85	65	21,31	4	16,00	4	12,12	
Religião									
1 - Com	324	89,26	273	89,51	25	100,00	26	78,79	0,0281
2 - Sem	39	10,74	32	10,49	0	0,00	7	21,21	
Estado Civil									
1 - Casado/União	226	62,26	198	64,92	15	60,00	13	39,39	0,0287
2 - Viúvo/Separado	29	7,99	25	8,20	2	8,00	2	6,06	
3 - Solteiro	108	29,75	82	26,89	8	32,00	18	54,55	
Escolaridade									
1 - Superior	15	4,13	14	4,59	1	4,00	0	0,00	0,0573
2 - Fundamental	221	60,88	176	57,70	18	72,00	27	81,82	
3 - Médio	127	34,99	115	37,70	6	24,00	6	18,18	
Economicamente									
1 - Ativo	138	38,02	114	37,38	14	56,00	10	30,30	0,1292
2 - Inativo	225	61,98	191	62,62	11	44,00	23	69,70	
Residência									
1 - Própria	272	74,93	227	74,43	20	80,00	25	75,76	0,9961
2 - Alugada	70	19,28	60	19,67	4	16,00	6	18,18	
3 - Outro	21	5,79	18	5,90	1	4,00	2	6,06	
Composição Família									
1 - 6 ou +	81	28,72	70	22,95	6	24,00	5	15,15	0,4061
2 - ≤ 2	70	24,82	54	17,70	6	24,00	10	30,30	
3 - 3 a 5	212	75,18	181	59,34	13	52,00	18	54,55	
Chefe da Família									
1 - Outros	266	73,28	230	75,41	14	56,00	22	66,67	0,0727
2 - A Própria	97	26,72	75	24,59	11	44,00	11	33,33	
Renda Familiar									
1 - Um Salário	131	36,09	112	36,72	7	28,00	12	36,36	0,2048
2 - > Um Salário	62	17,08	46	15,08	7	28,00	9	27,27	
3 - < Um Salário	170	46,83	147	48,20	11	44,00	12	36,36	

Fonte: a autora

Tabela 17 – Prevalências e associação da resposta da Q10 do AUDIT com as variáveis sociodemográfico das participantes que bebem. Recife (PE), 2017.

Variáveis Sociodemográfico	Q10 - Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?								Valor de p
	Total		Não		Sim, mas não nos últimos 12 meses		Sim, nos últimos 12 meses		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	253	100,00	172	83,53	19	6,31	62	10,16	
Idade (anos)									
4 - 50 +	110	43,48	72	29,51	15	44,12	23	27,06	0,1575
1 - 18 - 29	102	40,32	65	26,64	9	26,47	28	32,94	
2 - 30 - 39	78	30,83	51	20,90	4	11,76	23	27,06	
3 - 40 - 49	73	28,85	56	22,95	6	17,65	11	12,94	
Religião									
1 - Com	324	89,26	217	88,93	34	100,00	73	85,88	0,0438
2 - Sem	39	10,74	27	11,07	0	0,00	12	14,12	
Estado Civil									
1 - Casado/União	226	62,26	161	65,98	17	50,00	48	56,47	0,1079
2 - Viúvo/Separado	29	7,99	19	7,79	5	14,71	5	5,88	
3 - Solteiro	108	29,75	64	26,23	12	35,29	32	37,65	
Escolaridade									
1 - Superior	15	4,13	13	5,33	2	5,88	0	0,00	< 0,0001
2 - Fundamental	221	60,88	129	52,87	22	64,71	70	82,35	
3 - Médio	127	34,99	102	41,80	10	29,41	15	17,65	
Economicamente									
1 - Ativo	138	38,02	93	38,11	15	44,12	30	35,29	0,6535
2 - Inativo	225	61,98	151	61,89	19	55,88	55	64,71	
Residência									
1 - Própria	272	74,93	183	75,00	26	76,47	63	74,12	0,1372
2 - Alugada	70	19,28	44	18,03	5	14,71	21	24,71	
3 - Outro	21	5,79	17	6,97	3	8,82	1	1,18	
Composição Família									
1 - 6 ou +	81	28,72	53	21,72	6	17,65	22	25,88	0,0689
2 - ≤ 2	70	24,82	41	16,80	13	38,24	16	18,82	
3 - 3 a 5	212	75,18	150	61,48	15	44,12	47	55,29	
Chefe da Família									
1 - Outros	266	73,28	188	77,05	23	67,65	55	64,71	0,0588
2 - A Própria	97	26,72	56	22,95	11	32,35	30	35,29	
Renda Familiar									
1 - Um Salário	131	36,09	88	36,07	9	26,47	34	40,00	0,1393
2 - > Um Salário	62	17,08	35	14,34	10	29,41	17	20,00	
3 - < Um Salário	170	46,83	121	49,59	15	44,12	34	40,00	

Fonte: a autora

Os resultados das 363 das participantes que bebem, quando se avaliou a caracterização do consumo, os sintomas da dependência e as possíveis consequências do consumo, apontaram para a necessidade de uma maior intervenção efetiva nessa clientela feminina no Serviço de Atenção Básica a Saúde por meio de uma política de promoção a saúde e prevenção aos problemas relacionados ao uso e abuso de bebidas alcoólica.

Vale citar, que as mulheres são mais susceptíveis aos prejuízos por bebidas alcoólicas do que os homens, tanto para fatores biológicos (CEYLAN-ISIK AF, MCBRIDE SM, REN,2010), quanto para a vulnerabilidade à violência associada ao seu consumo.

Para Pillon, O'Brien e Chavez (2005), a literatura deixa em evidência o álcool como a substância que tem maior associação com os comportamentos de risco entre as pessoas. Isto devido aos efeitos sobre o comportamento, como a redução da inibição e do medo, em função da ação ansiolítica, ou a diminuição da capacidade do indivíduo de planejar ações e reações em respostas às situações de ameaça, devido às alterações nas funções cognitivas. Quanto à compreensão do ato do beber até a fase do adoecimento, o verdadeiro dependente, o indivíduo passa por algumas etapas que vai deteriorando a sua capacidade física e psíquica, chamadas de evolução do alcoolismo.

Segundo os mesmos autores, é possível identificar os tipos de consumidores da seguinte forma: o primeiro é do abstinência, que nunca bebe; o segundo é a de bebedor eventual, que só bebe quando vai a uma festa ou reunião social, só voltando a fazer uso num próximo evento; o terceiro é o bebedor habitual, moderado, aquele que ingere bebida diariamente, porém de forma controlada. A esse grupo está a maioria das pessoas que ingerem bebida alcoólica; o quarto é do bebedor exagerado, esses conseguem adaptar seu consumo alcoólico conseguindo manterem-se ativos; o quinto nesta surgem os primeiros sintomas mais graves da agressão do álcool sobre as células do sistema nervoso, refletindo no aparelho mental. Não conseguindo lembrar-se de episódios ocorridos durante a embriaguez; a sexta é a fase crucial do alcoolismo, que corresponde à perda do controle, isto é, perde o controle e acabam se embriagando; a sétima, que consiste na “perda da capacidade de abster”. Não consegue ficar sem ingerir álcool durante um período maior e a oitava fase é quando o dependente do álcool que não consegue deter a marcha de sua enfermidade e a deterioração física e do sistema nervoso chegando à irreversível demência alcoólica.

Na presente pesquisa, o beber feminino das participantes, foi achado a prevalência do consumo de abusivo de álcool de 6,3 % (Tabela 5). Esse resultado sugere elevado ao relatório da Organização Mundial de Saúde (2018) que analisou dados sobre o consumo de álcool e de saúde em 194 países e apontou que 1,6% das mulheres brasileiras e 6,9% dos homens brasileiros encontram-se no padrão de risco no consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Essa diferença pode estar relacionada à aplicação de diferentes critérios para avaliação do padrão de risco e às diferenças sociodemográfico da amostra.

Este achado (6,3%) do consumo abusivo das participantes, revelou-se levemente inferior ao encontrados em uma pesquisa realizada em nível nacional, por Garcia e Freitas (2013), que investigaram o consumo abusivo de álcool em 64.348 domicílios, entre pessoas com 18 anos ou mais de idade, sendo 48,3% do sexo masculino e 51,7% do feminino. Os resultados apontaram que a prevalência de consumo abusivo de álcool de 22,5% homens e 7,1% mulheres.

Embora o consumo entre as mulheres seja consideravelmente menor do que entre os homens, Carlini et al. (2007) já vinham apontando um crescimento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as mulheres. Isto pode estar ocorrendo porque, à medida que os papéis das mulheres se tornam semelhantes aos dos homens, o padrão de consumo de álcool também tende a modificar-se (KERR-CORRÊA et al., 2008).

Em estudos epidemiológicos nacionais sobre o consumo de álcool, as diferenças entre os gêneros foram destacadas. Os homens bebem de modo diferenciado, sendo maiores consumidores (65,0%) quando comparados às mulheres (41%). Entretanto, o dado mais surpreendente foi a quantidade que as mulheres consumiam: 33% bebiam em grandes quantidades (no padrão binge), ou seja, cinco ou mais doses, na vez em que mais beberam no último ano (LARANJEIRA et al., 2010). E no presente estudo, 39,3% das participantes beberam 10 ou mais doses no dia (Tabela 5).

Quanto à faixa etária, foi observado que o consumo de risco de bebidas alcoólicas esteve associado às mulheres jovens, com idades de 18 a 29 anos, os achados são corroborados tanto nas pesquisas Internacionais e Nacionais, revelando que os jovens, independentes do sexo estão consumidas bebidas alcoólicas abusivamente com mais frequência (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2002; BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018; RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

Entre a população de maior idade, os resultados encontrados corroboram os achados de outros estudos que evidenciam menores prevalências para o consumo elevado de álcool nessa faixa etária (ILOMÄKI et al. 2009). No entanto, faz-se necessário monitorar os padrões de consumo entre as pessoas de idades mais avançadas, na intenção de identificar possíveis implicações e prejuízos à saúde. Em uma coorte acompanhada durante 11 anos foi encontrada incrementos nos riscos potenciais de consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as faixas etárias a partir de 42 anos (ILOMÄKI et al. 2009).

Foram encontrados ainda que as mulheres jovens apresentaram maior chance de uso abusivo do consumo de álcool (OR = 3,0) quando comparados com o grupo etários de 50 ou mais anos. A associação entre uso abusivo e faixa etária se manteve após análise ajustada, conforme a Tabela 7. Desta forma, é possível afirmar que o grupo de mulheres jovens, independente das demais variáveis, apresentaram três vezes mais chance de uso abusivo de bebidas alcoólicas do que as mulheres idosas. Vale destacar que os costumes nas idades mais jovens podem moldar comportamentos futuros e as consequências do uso e abuso de álcool se estenderem para outros ciclos da vida.

Estudos assinalam que a influência do trabalho, níveis econômicos e de escolaridade no consumo de álcool precisam ser mais bem esclarecidas, uma vez que, a literatura aponta que o consumo de risco de bebidas alcoólicas entre indivíduos trabalhadores, com maiores níveis de renda e escolaridade, pode estar relacionado a ter condições financeiras para aquisição de álcool, presença dessa substância em reuniões de trabalho ou mesmo, pelo estresse proporcionado por esse (ABREU et al., 2012; BRASIL,2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Analisando a renda pessoal das participantes (Tabela 5) foram considerados também que esta eram de baixa renda tanto pela renda pessoal (economicamente) das entrevistadas como pela renda familiar, e que 68,17% (589) são inativas e 46,99% (406) apresentavam renda familiar de menos de um salário mínimo. A renda pessoal e familiar tem estreita relação com a pouca escolaridade e trabalho formal. A pouca escolaridade dificulta a compreensão do componente educativo. A mais frequente escolaridade apresentada foi a de ensino fundamental com frequência de 62,1% (537), não muito diferente de pesquisa realizada na Bahia onde 54,9% tinham o ensino fundamental completo (ALMEIDA-FILHO et al,2004). Resultado encontrado também semelhante a num estudo realizado em Minas Gerais, no qual o uso abusivo foi mais frequente com escolaridade até o ensino fundamental foi 66,36% (SOUZA; SANTOS.; OLIVEIRA, 2012). Porém, existem pesquisas que são ressaltadas associação com os estratos de maior escolaridade (BORTOLUZZI et al., 2010).

No que se refere ao estado civil foram observados que 36,6% (317) em uma relação estável e 29,2% (253) casadas. A religiosidade, ou ter alguma crença, foi apontado como inibidor do consumo de bebidas alcoólicas. Neste estudo, encontrou-se associação da variável religião com o padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Esses resultados guardam semelhança com estudo realizado entre os adultos brasileiros nos quais também foram encontradas uma

menor prevalência de uso abusivo de álcool entre os que mantêm vinculação a grupos religiosos. (FREITA; MORAES, 2011).

Considerando o resultado obtido pelo AUDIT, entre a população feminina estudada, observou-se que as mulheres (42,0%) encontravam em consumo de risco. Esse resultado insinua uma prevalência elevada, em frente das pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento - AUDIT. Um dele foi realizado por Balan e Campos (2006) que levantou o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em 105 estudantes do 1º ao 4º período de enfermagem do sexo feminino, em uma Universidade Estadual Paulista (UNESP). Destes 27,7% apresentaram em zona de risco no uso de bebidas alcoólicas. E a bebida mais consumida foi o vinho 47,6% seguida da cerveja 14,2%. A pesquisa realizada por Rodrigues et al. (2007) que investigaram o padrão de consumo em universitários de enfermagem, de ambos os sexos, de todos os semestres do curso em uma Pontifícia Universidade Católica, na qual 89,41% dos sujeitos eram mulheres, mostraram que 21,3% apresentaram beber problemático, destes 19,1% eram mulheres.

Outra pesquisa realizada por Botti, Lima e Simões (2010) fez um levantamento sobre o padrão de consumo de substância psicoativas de uma amostra de 393 sujeitos, dos quais 89,5% eram do sexo feminino graduandas de enfermagem. No mesmo estudo, 39% das mulheres jovens (18 a 29anos) encontravam-se na zona de risco pelo consumo de bebidas alcoólicas. O trabalho concluiu que a droga mais consumida é o álcool (89,5%) seguido do tabaco (31,3%). Rocha (2014), realizou umas pesquisas que também aplicou o AUDIT em estudantes universitários, numa amostra de 321 alunos de ambos os sexos, e verificou que entre as mulheres 10,2%, aproximadamente, bebem de forma abusiva. O achado desta pesquisa identificou 4,1% das entrevistadas com nível superior completo, e que 16,3% encontrava na zona de risco diante o consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 9).

O uso moderado ou de baixo risco de bebidas alcoólicas é considerado um comportamento normal na grande maioria dos países, apesar do consumo abusivo ou de alto risco ser menos aceito socialmente. O álcool é uma das drogas mais utilizadas no Brasil, chegando a ser consumida por quase 70,0% da população geral. Além disso, é o principal responsável por acidentes de maior gravidade e mortes violentas (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; BORTOLUZZI et al., 2010). Esses trabalhos permitem apontar que mulheres vêm consumindo álcool cada vez mais e estão mais vulneráveis às condutas de risco que se associam com essa prática, tais como, o sexo sem proteção e gravidez indesejada.

Tratando-se do beber feminino, essa problemática mantém-se ainda invisível para grande parcela da sociedade e para as próprias políticas públicas que não priorizam as suas

particularidades. É fundamental construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida na perspectiva da atenção integral à mulher. A prevenção ainda é a melhor forma de evitar danos e prejuízos para a saúde das mulheres, diante do beber feminino em qualquer padrão de risco. A partir da identificação dos padrões de consumo de álcool há possibilidades de se elaborar estratégias de prevenção e de redução dos danos desse beber para grupos específicos, nesse caso no universo feminino.

Os resultados desta pesquisa demonstraram a necessidade de elaboração do planejamento e de estratégias de cunho preventivo no âmbito da Atenção Básica a Saúde, na tentativa de detectar precocemente aqueles com potencial para o abuso e possíveis problemas relacionados ao consumo dessa substância neste universo feminino. É impossível deixar de mencionar mais uma vez as limitações dos Programas Governamentais direcionados ao cuidado da saúde da mulher, que ainda não incluíram, entre suas ações, àquelas que contemplem a problemática da mulher que bebe. O uso/abuso de álcool é visto ainda como um problema que atinge eminentemente o homem, e é basicamente para o público masculino que as autoridades e grupos interessados concentram seus esforços.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2015), dá especial ênfase ao público jovem; incluindo ambos os sexos. As mulheres são aí incorporadas enquanto integrantes do contingente adulto, de bebedores em potencial. Ressaltamos, que o objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias (BRASIL, 2015).

A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, apontou que as mortes relacionadas ao consumo abusivo de álcool e dependência de álcool correspondem a 10,0% do total de óbitos por causa básica atribuída ao uso de substâncias psicoativas e nos homens foi em média 5,4 vezes maior do que para as mulheres (BRASIL, 2015). O uso do álcool está associado a 65-70% dos casos de violência contra a mulher, além de estar relacionado também com muitos acidentes de trabalho. O seu abuso acarreta problemas familiares e profissionais, debilidades no organismo e gera preconceito (BRASIL, 2015).

Embora sejam necessários estudos mais abrangentes e específicos, que permitam uma caracterização mais clara dos custos sociais e de saúde relacionados ao álcool no Brasil, as evidências disponíveis são suficientes para colocar como prioritária uma agenda de políticas

públicas que contemple a elaboração de intervenções de controle social desse produto (LARANJEIRA et al., 2010).

Faz-se necessário, portanto, não evitar esforços para que a mulher também seja incluída, considerando-se suas especificidades - nas discussões e propostas direcionadas ao cuidado de saúde dos problemas relacionados ao uso/abuso de bebidas alcoólicas. Acredito que, entre outras possibilidades, estes dados podem estar indicando um movimento de mudança de modos de pensar e agir das mulheres, apontando para uma necessidade de reavaliação dos papéis, até então a elas imputados, pela sociedade em que vivemos.

Esta reavaliação poderia desencadear mudanças oriundas de uma diversidade de situações e de realidades próprias a cada uma, conforme suas crenças, culturas, níveis sociais entre outros. Para viabilizar o aprofundamento do conhecimento desta temática, a partir da ótica de quem vivencia o padrão de risco no consumo de álcool entre as mulheres; optamos em realizar um aprofundamento destes padrões de risco obtidos na aplicação do AUDIT nas mulheres estudadas.

Desta forma, escolhemos intencionalmente mulheres consumidoras de bebidas alcoólicas em padrões de risco que correspondeu; em três mulheres classificadas na Zona I (baixo risco), três mulheres classificadas na Zona II (médio risco) e três mulheres classificadas na Zona III (alto risco) perfazendo nove mulheres entrevistadas. Com a finalidade de identificar a visão de mundo que essas mulheres têm e empregam na forma de agir e se posicionar em relação ao consumo do álcool, à vida e a saúde. Pois, é fundamental, a possível apreensão de nuances subjetivas e de peculiaridades individuais dos fenômenos e atores sociais eleitos como objeto desta pesquisa não captada pela abordagem quantitativa (MINAYO, 2018).

Então, por considerá-las as mais apropriadas para possibilitar a compreensão e interpretação das variáveis que influenciam e/ou determinam que esta mulher venha a se tornar alcoolista, objetivando conhecer e descrever os motivos que a levaram a fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas, analisando as consequências ocorridas em suas vidas. E como elas pensam e lidam no dia a dia diante do beber feminino.

6.2 O SIGNIFICADO DO CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE MULHERES

Em uma segunda abordagem do estudo foram analisados os depoimentos de nove mulheres que se encontravam em padrões diferentes de risco e foram alcançados os resultados qualitativos da pesquisa.

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

Iniciamos apresentando as nove Marias estudadas, com as características sociodemográficas e a classificação de risco diante o consumo de bebidas alcoólicas obtido no AUDIT.

As três Marias classificadas na zona I baixo risco perante o uso de álcool:

- a) **Maria C** (que simboliza Mulher Compreensível): 19 anos, com religião, solteira, não tem filho, mora com os pais em casa própria, escolaridade 2º completo, renda familiar um salário mínimo, não trabalha. Iniciou o uso da bebida aos 18 anos junto com o irmão e cunhada em cerimônia de casamento.
- b) **Maria E** (ou Mulher Equilibrada): 21 anos, com religião, solteira, não tem filho, mora com a mãe em casa própria, trabalha, escolaridade 1º grau completo, renda familiar maior que um salário mínimo. Começou o consumo de bebidas alcoólicas aos 18 anos na casa de amigos
- c) **Maria G** (significa Mulher Guerreira): 50 anos, com religião, casada, tem um filho e mora com a companheira em casa própria, desempregada, escolaridade 2º grau completo, renda familiar menor que um salário mínimo. Começou a beber aos 16 anos em festa na casa de familiares.

As três Marias classificadas na zona II médio risco diante o consumo de álcool:

- a) **Maria F** (que significa Mulher Família); 22 anos, sem religião, solteira, não tem filho, trabalha sem carteira assinada como babá e vende lanches, mora com a família em casa própria, escolaridade 2º completo, não tem religião, renda familiar menor que um salário

mínimo. Iniciou o uso de bebida aos 14 anos junto com um primo em festa na casa da família.

- b) **Maria H** (simbolizar Mulher Harmonia); 39 anos, com religião, casada, não trabalha, católica, 2º grau completo, mora com a família em casa própria, tem filhos e com uma renda familiar um salário mínimo. Começou a fazer o uso de bebidas alcoólicas aos 16 anos com seu namorado que hoje é seu marido.
- c) **Maria I** (significa Mulher Inteligente); 34 anos, com religião, casada, trabalha, 1º grau completo, mora com a família em casa própria, tem filhos e com uma renda familiar maior que um salário mínimo. Começou a beber aos 17 anos junto das amigas.

As três Marias classificadas na zona III alto risco diante o consumo de álcool:

- a) **Maria D** (cujo significado é Mulher Determinada); 25 anos, sem religião, solteira, não tem filho, mora em casa própria junto com a família, escolaridade 2º completo, trabalha como babá sem carteira assinada, renda familiar um salário mínimo. Iniciou o uso de bebida aos 16 anos junto com as amigas.
- b) **Maria J** (simboliza Mulher Justa); 38 anos, solteira, sem religião, trabalha, 1º grau incompleto, mora com os irmãos em casa própria, não tem filho e com uma renda familiar menor que um salário mínimo. Começou a beber em criança, sendo a bebida oferecida pelo o pai e pela mãe, ambos dependentes de álcool.
- c) **Maria M** (significa Mulher Majestosa); 61 anos, com religião, separada, trabalha, 1º grau incompleto, mora com o filho em casa alugada, e com uma renda familiar maior que um salário mínimo. Começou a fazer o consumo de bebidas alcoólicas aos 15 anos na casa das amigas.

Esses dados já mostram que o uso de bebidas alcoólicas se encontra presente na vida das Marias estudadas, em diferentes padrões de risco diante o consumo de álcool.

Nesse contexto, o consumo de risco está relacionado a um conjunto de alterações biopsicossociais que podem se apresentar como fator de risco para situações de acidentes e violências, entre outras. Este comportamento pode ocorrer de modo esporádico ou usual. Todavia, para reduzir os problemas relacionados ao álcool, são necessárias estratégias voltadas para a maioria dos indivíduos que apresentam um consumo moderado/ eventualmente abusivo e não apenas junto aos já dependentes. Logo, a detecção precoce do padrão de consumo de álcool entre as mulheres necessita de maiores investigações, a fim de melhor viabilizar

estratégias de prevenção específica e promoção da saúde nas Unidades de Saúde da Família na Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O resultado desta pesquisa é amparado pelos estudos de Monteiro et al., (2011), Pillon et al., (2014) que apontam na importância de avaliar os padrões de risco diante o consumo de bebidas alcoólicas na vida dos homens e das mulheres e o significado deste consumo na área clínica e social, pois pode direcionar a criar estratégias eficazes na promoção de saúde destas pessoas no contexto social em que vivem.

Nesta linha de pensamento concordamos com Jodelet (2007) que argumenta explorar as representações sociais adotando o seu caráter processual, é enfatiza o processo de construção de conhecimento, é uma maneira de interpretar o cotidiano das pessoas comum, em especial a ótica das Marias estudadas sobre o beber feminino. Assim, o presente estudo desenvolveu-se em torno de três dimensões principais:

- a) **Afetiva:** visou analisar a percepção sobre uso e abuso de álcool no cotidiano, nas mulheres que bebem. Quais os sentimentos, avaliações pessoais e sociais em relação às mulheres que consomem bebidas alcoólicas. Observou-se que as entrevistadas que foram classificadas na Zona I de baixo risco demonstraram sentimento de prazer e de festividade relacionados ao uso de álcool; as entrevistadas classificadas na Zona II médio risco e as classificadas na Zona III de alto risco demonstraram sentimento de prazer, de angústia e de tristeza relacionados ao uso abusivo de álcool; A avaliação positiva para o consumo do álcool entre as mulheres

- b) **Condutas:** buscou-se identificar os danos gerados pelo consumo abusivo, os motivos que levaram ao uso do álcool e as situações de uso. Destacou-se que para as entrevistadas classificadas na zona I baixo risco os motivos que levam a beber são festas, família e amigas e não tem nenhuma consequência no consumo; as classificadas na Zona II médio risco e as classificadas na Zona III alto risco apontaram para a causa psicossociais como separação conjugal, sentimento de tristeza e a angústia mesmo diante de alguns prejuízos promovidos pelo consumo de bebidas alcoólicas, tais como não lembrar o que faz, quedas e arranhões pelo o corpo, passar meses sem menstruação, dificuldade de engravidar, menopausa precoce e sexo desprotegido, nem as participantes nem a equipe de saúde, relacionam estes danos com o uso do álcool. Também chamou atenção o uso das bebidas alcoólicas em situação pública independente das classificações de risco

- c) **Social:** buscou compreender os aspectos sociais diante o uso de álcool, incluindo a percepção destas mulheres a respeito de orientação ou ajuda sobre o consumo de bebidas alcoólicas pela equipe da ESF ou de outras pessoas, bem como a avaliação que fazem sobre o consumo de bebidas em mulheres. Para elas o ato de beber, e faz parte do mundo atual, todas pessoas bebem, incluindo os familiares, as amigas, os amigos. A avaliação que fazem é marcada pela mudança no papel social feminino, e a conduta de beber entre mulheres parece ter julgamento mais afável em algumas culturas, possivelmente pelas conquistas dos movimentos sociais e feministas em lutar pela garantia de direito igual entre os homens e as mulheres, alguns já conquistados. Esta foi um discurso comum compartilhada por todas; numa única voz das entrevistadas alegam que não tiveram nenhuma orientação ou apoio sobre o uso e abuso de álcool na vida delas e que nenhum profissional de saúde ou outras pessoas ponderassem sobre o assunto. Falam que é importante o assunto ser abordado na unidade de saúde. E todas as entrevistadas não consideram o álcool uma droga psicotrópica. Esta foi uma representação social.

A seguir apresentaremos os resultados a partir das três dimensões estudadas, bem como as interpretações de seus significados, permitindo, assim, uma melhor compreensão das formas de representações das Marias sobre o uso abusivo do álcool.

6.2.1 Dimensão Afetiva

Na dimensão afetiva analisou as percepções das Marias estudadas diante o consumo e abuso de álcool em sua vida. Foi representada por dois aspectos: de festividade e de prazer diante do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as Marias. Estes achados do presente estudo revelam que a representação social das Marias consultados, sobre a bebida alcoólica, se inscreve em um contexto de crenças e atitudes predominantemente positivas associadas ao consumo dessa substância. Dentro desta perspectiva, o conceito de uso abusivo não é muito fácil, para defini-lo é preciso antes de tudo compreender a forma como a sociedade atribui significações ao consumo excessivo de álcool e suas causas e busca entender seus efeitos.

Nos relatos das Marias, o consumo é feito preferencialmente nos finais de semana e em grande quantidade conforme é possível constatar nestes depoimentos:

[...] cachaça, sábado e domingo festa da minha casa ou em bar é bom demais (Maria D, Zona III alto risco)

[...] nos fins de semana liga o som em casa, com bebida (Maria F, Zona II médio risco)

[...] as brincadeiras nossa é de tomar cerveja, coca e refrigerante (Maria G, Zona I baixo risco).

As entrevistadas reconhecem a busca de alguns efeitos provocados pelo hábito beber e que podem ser compensatórios para lidar com determinadas situações de vida. Neste sentido, a ingestão de bebidas alcoólicas é parte integrante da vida social, atuando como um importante marcador das relações sociais, dos espaços de sociabilidade, da experiência corporal.

O ato de beber com os familiares ou com as amigas no bar, após o trabalho ou em ocasiões festivas, por exemplo, delimitam a periodização do tempo e dos espaços sociais - trabalho/lazer e trabalho/casa, definindo locais nos quais o uso de álcool é plausível, aceitável e mesmo estimulado. Nessa linha, todo o discurso sobre o álcool é também um discurso sobre a sociedade (CASTRO, 2004; PÁDUA, 2010). Convém ressaltar que todas essas práticas são transmitidas de boca em boca, compartilhadas e reproduzidas, aceitas socialmente.

O consumo de bebida alcoólica é um hábito que faz parte do contexto cultural de muitas pessoas. O universo feminino pode ser classificado como um universo social imbuído de costumes, representações, simbologias e valores próprios, capazes de conduzir seus membros à reestruturação de suas condutas perante o consumo de álcool, bem como das representações dos fenômenos a ele relacionados.

Deste modo, diante das interpretações dos significados nos relatos das participantes é possível afirmar que as respostas produzidas pelas Marias são reflexos das manifestações do grupo social em que estão inseridas, no qual participam de experiências comuns e vivências no cotidiano. Tal fato foi demonstrado nas falas delas por meio de vontades e expressões que são as formas de representar o conhecimento construído e compartilhado entre essas participantes (JODELET, 2001).

O discurso das Marias revelou uma certa implicação intrigante com os efeitos que podem ser vivenciadas pela ingestão de bebidas. As Marias revelaram estar sempre atraídas por apresentar o beber como algo positivo, mesmo quando seus efeitos foram negativos, tais como ressaca, tonturas, violência, apagões, entre outros. O discurso se torna então ambíguo, conforme podemos observar na fala transcrita da entrevistada Maria F. Tal achado foi comum entre todas as entrevistadas:

[...] eu acho que a mulher bebe pela empolgação, para fica leve e alegre aí às vezes acaba extrapolando. E bebe, também, porque tem problema. Mais não resolve nada e

depois vem a tristeza. Há um tempo me chamavam de boca de álcool, essas coisas, e eu pegava qualquer homem, porque eu estava bebendo muito (Zona II médio risco)

O consumo da bebida alcoólica é uma prática ligada às experiências tanto do indivíduo quanto ao grupo ao qual ele pertence. O conhecimento popular é a base para a apreensão dessas experiências, assegurando de certo modo, sua repetição.

A fala da Maria D (Zona III alto risco), identificou a relação da bebida alcoólica com a sensação de calma, com os sentimentos de empolgação e diversão, com fortalecimento de vínculos afetivos, como a amizade, e também a correlação do uso do álcool com o esquecimento dos problemas. A avaliação positiva para o consumo do álcool pelas Marias está relacionada ao consumo ocasional, ao entretenimento, embora muitas vezes o consumo não se restrinja a estas variáveis.

Compreendemos que embora a percepção das Marias sobre o uso de álcool seja como fonte de prazer, lazer e divertimento. O consumo de qualquer bebida alcoólica representa em geral, algo “normal”. Este é considerado excessivo quando culmina com pessoas bêbadas e origina condutas hostis que ultrapassam as regras do convívio social. Neste caso o beber social, mediador das relações sociais, se mistura e se confunde com o beber excessivo ou abusivo.

Podemos ponderar que no mundo atual circula uma rede variada de produtos que contribui para a diversão. Assim, ao associar bebida alcoólica a ambientes de prazer e festivos, esta passa a ser mais um produto à disposição desse consumidor. Quanto mais recorrente for esta associação, mais será possível crer que a bebida faz parte do cenário, que permite ao sujeito viver intensamente. Logo o prazer está ligado ao poder de consumo de determinados produtos, entre eles, as bebidas alcoólicas, que dependem da disponibilidade de recursos financeiros. O prazer está ligado a poder de consumir e sempre existirão novos produtos que cooperaram com esta felicidade, aspecto corroborado pelos autores, Masques (2001), Mezzaroba (2006), Ronzani e Furtado (2010).

O significado do beber feminino para as Marias pode ser sintetizado na fala de Maria G, para a qual, o uso de bebidas alcoólicas entre mulheres é natural e que o uso do álcool representa prazer na vida. No entanto teve uma única fala, a de Maria H, para a qual o uso de bebidas alcoólicas entre mulheres jovens é natural. Entretanto, ela afirmou que o uso do álcool entre as mulheres mais velhas é horrível. Ela manifestou, embora indiretamente o auto preconceito com o uso do álcool por parte das mulheres.

Assim sendo, trouxe à baila que a relação que a sociedade faz entre o uso de álcool e gênero. A sociedade é mais complacente quando o assunto é o beber masculino, e mais rigoroso quando se trata do beber feminino, sobretudo sendo elas mais velhas. As mulheres são historicamente constituídas como sensíveis, emotivas, delicadas e como tendo funções ligadas à maternidade e aos cuidados. Já os homens são historicamente relacionados à ideia de força, virilidade, “caçadores” – quando lhes é ensinado a valorizar a frequência, quantidade e variedade de relações sexuais com mulheres.

O consumo de bebidas alcoólicas nas falas das Marias, além de produzir prazer busca suprir uma necessidade, representando muitas vezes uma tentativa de conforto, de alívio da dor ou solução para as angústias. Isto significa que prevenção ao abuso de álcool se faz principalmente, pelo estabelecimento do diálogo quanto aos fatores presentes na vida daquelas que vivenciam esse processo, seja na busca de alternativas para o enfrentamento dos desafios ou, pelo menos, para sua identificação.

Val citar, que a concepção de saúde-doença no universo consensual não pode ser homogeneizada, pois ela é multifacetada e contraditória. Se, por um lado, ela reproduz a ideologia dominante segundo a qual o corpo feminino é feito para produzir, por outro, demonstra uma percepção ampliada da doença quando a situa dentro de um quadro mais geral que engloba a desorganização da pessoa e da ordem social (JODELET, 1994).

Nesta perspectiva, pensar o corpo como uma unidade orgânica é limitado, é observar apenas como biologicamente determinado. Este corpo é inscrito socialmente, é reflexo de uma sociedade, não cabendo conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. A este corpo aplicam-se sentimentos, discursos e práticas que estão na base da vida em sociedade. Neste sentido, para o estudo dos fenômenos que envolvem o indivíduo ou ser humano, este ser social, é imprescindível a compreensão deste no seu contexto sociocultural (JODELET, 1994).

Bebidas alcoólicas são substâncias psicoativas como tantas outras. À diferença de outras têm, hoje, sua produção, comércio e uso permitidos por lei, o que as torna extremamente acessíveis, mas já foram proibidas. O álcool é a droga de maior consumo no mundo, nas mais diferentes culturas, podendo-se dizer que o consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento, parece ser um fenômeno universal (ANDRADE; ANTHONY, 2009).

O discurso das Marias deixou claro que a sociedade, com seus valores e normas, rege o comportamento do sujeito frente ao uso do álcool. É notório que a crença de que a bebida alcoólica não é droga, contribui para o estímulo e incentivo do consumo desta substância, não só em mulheres jovens, mas em todas as faixas etárias estudadas.

Em seus depoimentos, as Marias declararam que estão trabalhando como babá, empregada doméstica e entre outros. A participação de mulheres em atividades sociais ou de trabalho é considerada como fator de contribuição para o menor consumo de álcool (BLUME; ZILBERMAN; TAVARES, 2005). Porém esses achados não vieram ao encontro dos relatos das mulheres desse estudo, nos quais se detecta que as atividades sociais e de trabalho, apesar de estarem preservadas, não foram suficientes para impedir a progressão do consumo do álcool.

Pierret (1984) e Bauer (2003) nos falam que os sistemas de interpretação da saúde, que organizam as práticas sociais e simbólicas, remetem não somente à doença e à medicina, mas também ao trabalho, à educação, à família, e permitem extrair lógicas de vida ou, pelo menos, sentidos dados à vida. O uso abusivo do álcool, ainda que ocasional, em suas dimensões econômica, social e individual, é uma questão complexa, de maneira que se faz necessário o conhecimento profundo desta problemática no intuito de proporcionar intervenções de prevenção e controle do uso indevido desta droga (BLUME; ZILBERMAN; TAVARES, 2005).

6.2.2 Dimensão de Condutas

Na dimensão de condutas visou-se identificar os motivos atribuídas pelas Marias estudadas para o consumo de álcool nos seguintes aspectos: o que leva ao uso de álcool, os danos gerados pelo o consumo abusivo do álcool e a situação de uso.

Em relação ao que leva as Marias ao uso abusivo de álcool, foram destacadas três questões a separação conjugal, tristeza e angústia.

As Marias entrevistadas começaram a beber com maior frequência e ou abusivamente a partir da ocorrência de eventos vitais significativos, como a separação amorosa. Percebe-se, assim, que eventos traumáticos podem desencadear o uso e o abuso, por conseguinte desenvolver a dependência do álcool em algumas mulheres, aspectos também ressaltados por Bauer (2004) e César (2006).

No depoimento de duas das entrevistadas foram encontrados relatos relacionando o uso abusivo de álcool a separações conjugais:

[...] depois de cinco anos de relacionamento veio a separação, que tristeza e que angustia e aí que bebi para valer, bebia o tempo inteiro para dormir e bebia para despertar (Maria D, Zona III alto risco)

[...] tive um filho e durante a minha gravidez não bebi. Passei dez anos da minha vida sem beber. E aí nesses dez anos sem beber, sem ficar bêbada, tive meu filho, mas aí o meu casamento, depois de 11 anos de casamento, o casamento acabou e fiquei numa tristeza enorme é uma agonia sem fim. Eu voltei a beber abusivamente, e aí parece que o mundo caiu. Aí exagerei demais, parece que eu estava com muita sede E depois de três anos de separada veio a tonada da minha menopausa eu tinha apenas 43 anos foi horrível com depressão, muito calor, irritada, insônia e muita dor de cabeça foi triste. Aí que bebi com vontade (Maria M, Zona III alto risco).

Os dados revelaram que as entrevistadas começaram a beber com mais frequências e abusivamente por causa da separação conjugal, levando a angustia e a tristeza. E, portanto, o uso aparecendo como uma saída para amenizar este sofrimento. Nos seus relatos, as Marias deixaram transparecer que a bebida alcoólica foi utilizada como meio de aplacar a vontade de suavizar o peso das relações pessoais, livrar-se de tensão e ansiedade e, também, liberar sentimentos desagradáveis.

Numa tentativa de aliviar a ansiedade, a redução das tensões ou ainda de descobrir que, nos encontros sociais, as pessoas desempenham papéis que em outras circunstâncias não teriam coragem de fazê-lo. O álcool passa a ser usado como suporte de alívio, cada vez mais frequente, passando a fazer parte da vida das Marias.

César (2006) e Masur (2004) argumentam que as pessoas começam a beber, bebem abusivamente ou ficam alcoolistas porque o álcool, de algum modo, reforça ou recompensa o seu comportamento por meio da indução de prazer, remoção de desconforto, aumento da interação social, além de preenchimento da necessidade de se sentir importante ou, também, pode ajudar a suprimir lembranças desagradáveis, o que pode ser percebido na fala de uma das entrevistadas:

[...] eu bebo só com as minhas amigas e bebi demais com a minha separação de cinco anos de casada e como eu queria ter filho dele e nunca fiz nada para evitar gravidez. Quando bebo esqueço tudo isso, é muito gostoso beber conhaque e vinho (Maria D, Zona III alto risco)

Com relação ao uso de álcool ou outras drogas, Lapate (2001, p.102) argumenta que “os homens primitivos já utilizavam frutas fermentadas como forma de relaxamento e prazer”. Nesse sentido, constata-se que a busca do prazer é uma constante nas sociedades, conhecido como “sociedade hedonista”. De acordo com a psicanálise, o hedonismo (do grego Hedone, que significa prazer) é o ápice de uma busca do indivíduo por um prazer supremo. Sob este aspecto,

a tendência pela busca do álcool corresponde a dois mecanismos não patológicos, postos como comportamento de repetição: o reforço positivo e o reforço negativo (CASTRO,2004).

O reforço positivo diz respeito ao comportamento de busca de prazer ao se identificar uma situação, algo ou ação que lhe é agradável, buscando-o sempre que necessite do mesmo estímulo com vistas à mesma satisfação. Do contrário, o reforço negativo está vinculado à necessidade de afastar a sensação de dor, sofrimento ou desprazer. Deste modo, quando o indivíduo se sente envolvido numa situação desconfortável ele recorre a mecanismos capazes de evitar ou aliviar a dor, proporcionada pela situação que o envolve (CASTRO, 2004; ASSIS, 2007).

Apesar de seu aspecto negativo em relação ao uso do álcool abusivo, do ponto de visão da socialização, a bebida alcoólica pode atuar como facilitador na aproximação entre as pessoas (como nas festas e reuniões), uma vez que sua ação desinibidora proporcionará um estado de euforia e descontração. Segundo Castro (2004) e Assis (2007), para muitas pessoas ao redor do mundo, usar o álcool é positivo, uma vez que ajuda a relaxar e a tornar a pessoa que bebe mais espontânea e extrovertida. Permite-se a pessoa que está embriagada, dizer coisas, falar de sentimentos sem, entretanto, assumir responsabilidades.

[...] eu bebo algumas vezes uma traça de champanhe e não tenho nenhum problema com meu consumo. Não tem danos ou prejuízos com consumo de bebidas alcoólicas. Sou tímida. Ao contrario quando bebo e fico extrovertida e alegre (Maria C, Zona I baixo risco)

[..] bebo bem pouco, é muito raro. Só bebo um copo de vinho ou dois é o suficiente em festas fico descontraída, danço, canto e fico falante. Sou muito ansiosa por vida (Maria E, Zona I baixo risco)

Os fatores psicossociais têm grande influência no início do uso do álcool entre as mulheres e os sentimentos predominantes são: timidez, ansiedade e preocupação com a imagem corporal (BAUER, 2004; BLUME; ZILBERMAN; TAVARES, 2005; CÊSAR,2006).

Observa-se que as pessoas que bebem carregam o ideal de liberdade, comportam-se muitas vezes de uma forma que em outras ocasiões poderia ser considerada inaceitável. É como se a bebida lhe desse autonomia para agir de acordo a atender seus desejos desconsiderando a razão. Por meio da bebida, o indivíduo se sente livre, mas suas ações, sob os efeitos da embriaguez muitas vezes podem não ser toleradas pelo grupo no qual está inserido, gerando, assim, sérios conflitos sociais e de relacionamento.

Esse fato pode ser constatado no próprio depoimento de Maria H (...) meu marido bebe mais do que eu e brigamos até chama nomes feios comigo, eu também, no final brigamos por besteira, porque dois bêbados conversando é horrível. (Zona II médio risco). Observou-se a presença de problemas nas relações familiares, oriundos do uso de álcool, destacaram-se a troca de agressões verbais com o companheiro. Na medida em que a mulher vai ampliando seu espaço vital, assumindo múltiplos papéis, rompendo preconceitos e estereótipos em torno de um modelo dito feminino, essa diferença de sexo gradativamente diminuído.

O relato de Maria I é bem interessante e exemplifica a questão do beber feminino ainda invisível:

[...] não tenho nenhum prejuízo ou danos pelo o meu uso de bebida. Mas tive dificuldade de engravidar por causa da minha ansiedade de ser mãe e estava um pouco gordinha. A médica daqui não vê problema nenhum do meu uso, por que eu faço o uso socialmente. Quem tem problema com bebida é homem. Aí minha vizinha me chamou para fazer atividades física na academia para perder peso e fiquei sem fazer uso de bebidas. Foi na ocasião que fiquei grávida. Agora não faço mais academia fiquei sem tempo. E só bebo no final de semana (Zona II médio risco)

A Maria I alegou que sua medica não ver problema de sua saúde pelo seu consumo, e sim pela ansiedade. E quem tem problema com o álcool são os homens. Este achado reforça a ideia que as mulheres controlam a ingestão do álcool, assim, sugere que o beber abusivo feminino permanece tão invisível e tão pouco compreendido pela nossa sociedade, pois tende a estereotipar a mulher que bebe abusivamente.

Conforme Bauer (2004) e César (2006), esta não é vista como usuária que merece um cuidado digno, e sim alguém que possui desvio de caráter, fraqueza, perda da razão, um problema estritamente individual, sem influência ou consequências relacionadas ao social, o que caracteriza uma condição de cidadã negada.

Nesta linha de pensamento, a representação masculina diante da mulher ao longo da história é de submissão aos homens. Isso evidencia uma relação hierárquica entre os sexos que não é natural, ela foi socialmente construída. Por séculos, as mulheres estiveram à margem da sociedade, por causa dessa diferenciação onde a visão masculina é que imperava como única e com apoio da sociedade que não se revoltava e seguia educando suas crianças para perpetuar esse contexto. Sobre isso, Farah (2004) afirma que é a civilização que confere significado a diferença e que se esforça para dar-lhe sentido e cultuá-la.

Cooling (2004), enfatiza que essa hierarquia nada mais é do que a camuflagem do privilégio social para o modelo masculino. A visão machista do “ser feminino” remonta a

Grécia e Roma antiga. Para os gregos a mulher era excluída do universo pensante. No caso romano a discriminação era legitimada em seu código legal que atribuía ao homem todo o poder sobre a mulher, os filhos, os servos e os escravos. Aqui o direito serviu como instrumento que possibilitava a garantia da inferioridade na posição social da mulher.

As definições dos homens para mulheres exprimem uma representação simbólica da diferença: a boa mãe, a esposa dedicada, a rainha do lar, digna de ser santificada. Aos homens destina-se o espaço público e político onde centralizava-se o poder e para as mulheres apenas o ambiente sagrado, o lar. Aquelas que negavam este modelo eram consideradas perigosas para ordem social. Ou seja, as que desenvolviam outros papéis, que não os descritos acima, estavam negando a própria natureza e transformando-se em homens. Ora, tudo isso nos leva a concluir que a mulher, nada tem sido senão, fruto de uma construção histórica e social idealizada por homens (COOLING,2004; FARAH,2004).

A própria construção histórico-social estabeleceu uma relação de alteridade, que a mulher viveu por séculos às margens da história, da sociedade, confinadas em seus papéis maternais e/ou domésticos. O que por sua vez, permite apontar que esta sociedade tem sido capaz de inventar, inferiorizar e excluir, questões que se referem às mulheres. Observado na fala de Maria J que ela bebe socialmente quem bebe abusivo e tem problema com o álcool são os homens.

Outro aspecto, é a visão do homem que ficou tão forte na cultura que não só eles, mas as próprias mulheres legitimavam essa hierarquia ao reproduzirem crenças e costumes dessa sociedade de desigualdade entre os sexos. Muitos filósofos, religioso e demais membros de grande relevância social, também, desenvolviam argumentos para a manutenção desses valores. Fundada na ideia de que cabia a elas serem rainhas, deusas responsáveis pela propagação das virtudes, ao assumirem seus papéis de esposas e mães (COOLING, 2004).

Nota-se aqui a existência de uma espécie de violência simbólica, onde a imposição da visão masculina sobre as mulheres não lhes permitia enxergá-las. Como palco, propulsor do início do rompimento dessa ótica masculina no conceito do “feminino”, o século XIX é marcado pelo início da modernidade e a consequência é, basicamente, a diferenciação entre homens e mulheres. Nessa época muitas mulheres lutavam pela sua cidadania social e política que sempre lhes foi negada (COOLING, 2004). Elas perceberam o que existia era uma falsa igualdade, que a generalidade se reduzia a um único sexo, o masculino, e que a cultura partia do ponto de vista da interpretação unilateral. E foi no final do século XIX que surge o movimento feminista. Podemos dizer que esse movimento social permanece intenso e presente

hoje, com maiores participações das mulheres e entre outros representantes batalhando em ampliar as novas conquistas diante dos direitos de igualdade, de educação, de acesso e de informação entre os gêneros em diversas sociedade.

Muitas das diferenças nos padrões de consumo de álcool entre os sexos têm causas culturais. Os padrões socialmente construídos, ligados ao gênero, afetam diretamente o comportamento do uso de álcool em homens e mulheres, vez que a decisão do consumo de álcool, deixar de consumir ou consumir exageradamente está geralmente relacionado a certos valores (WILSNACK; WILSNACK; OBOT, 2005). As Marias alegaram que fazem o consumo de bebidas só no final de semana e que os homens fazem o consumo diariamente abusivamente. As falas das Marias abaixo, caminham em tal direção:

[...] gosto de beber com as minhas amigas, não tenho religião e as vezes minhas amigas falam que devo pega leve e não dar vexame, só bebo no final de semana. Já os meus amigos bebem todos os dias em excesso (Maria D Zona III alto risco)

[...] bebo socialmente no final de semana junto com minha mãe e irmã, eu gosto de beber em festa no quintal da minha casa. Porque é um terreno onde tias, tios, primos e vó morram todos neste terreno mais cada um com suas casas e os meus tios e primos bebem abusivamente (Maria F Zona II médio risco)

Em contrapartida, algumas falas, como os discursos de Maria C e Maria E, abaixo, apontaram para alguns fatores de proteções diante o consumo de bebidas alcoólicas, como a religião e a relação de amizades, o que corrobora com os estudos que apontam que a prática religiosa tem atuado como um efeito protetor ao consumo de risco de bebidas alcoólicas, uma vez que, a doutrina condena o uso desta substância. Também o círculo de amizade formado no âmbito religioso com participação em grupos, estudos bíblicos e cultos dominicais, auxiliam na manutenção de comportamentos abstêmios em relação ao álcool (FREITA; MORAES,2011).

[...] quando bebo é muito pouco em determinada cerimônia como casamento sou evangélica e minhas amigas não bebem (Maria C Zona I baixo risco)

[...] sou protestante e toda a minha família e minhas amizades também são protestante ninguém tem problema com bebidas e nem usam nenhum tipo de droga. Ninguém fala nada sobre quando bebo porque é bem pouco, não é frequente é muito raro (Maria E Zona I baixo risco)

Existe fatores que podem levar ao consumo de bebidas alcoólicas, e são variados, podendo ser de origem genética, sociocultural, psicológica ou ainda ter a contribuição resultante da associação de todos esses fatores. Além disso, o apelo dos meios de comunicação, que

estimula o consumo de álcool, assim como a aceitação social e condescendência familiar para o consumo do mesmo. A ocorrência de determinadas circunstâncias na vida de uma pessoa pode aumentar a probabilidade de desenvolverem comportamento favorável ao uso do álcool, essas circunstâncias são os fatores de risco, como vimos no caso das separações afetivas. Por outro lado, os fatores de proteção podem diminuir a probabilidade de que essas pessoas venham a se envolver com o uso abusivo desta substância psicoativa, como exemplificado nos relatos das entrevistadas acima.

Cabe salientar que tanto o fator de risco quanto o de proteção não determina o aparecimento de comportamento ou patologia e, sim, aumenta ou diminui a probabilidade de o evento ocorrer. (ANDRADE; RAMOS, 2011). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expressão: fator de risco designa qualquer situação, condições ou variáveis que aumentem a probabilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. Alguns desses fatores se referem a características dos indivíduos; outros, ao seu meio social e outros, ainda, a condições estruturais e socioculturais em que vivem (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Conhecer os fatores de risco e de proteção associados ao uso de álcool, podem auxiliar e estimular tanto nas mulheres quanto nos homens, comportamentos e estilos de vida saudáveis e motivação para o autocuidado.

Normalmente, o primeiro contato com a bebida alcoólica acontece no próprio contexto familiar, num almoço em família, jantares e comemorações, passando então a fazer parte importante das confraternizações (GOMES et al., 2014). As falas das Marias, em grande parte, caminharam nesse sentido. A maioria começou a fazer uso de álcool no âmbito familiar ou eventos sociais, conforme ressaltado na apresentação das mesmas.

Nessa conjuntura, é imperativo destacar a influência da família, do grupo de amigas, e da religião em relação à ingestão de álcool pelas Marias. Ressalta-se que nenhum destes fatores atua isoladamente no desejo pelo consumo da substância nesta população. Alguns aspectos se sobressaem em relação aos outros, mas todos contribuem de alguma maneira. A família é um referencial comportamental básico para o jovem, ela pode influenciar no consumo tanto no plano da precocidade da experimentação quanto no controle de ingestão. Uma atitude mais ou menos crítica de mães e pais, bem como suas próprias pautas e parâmetros de consumo, pode atenuar ou reforçar sua influência como agentes desencadeadores do processo de experimentação, além de influenciar na legitimidade conferida ao uso de bebidas (FREITA; MORAES, 2011; GOMES et al., 2014).

Ressaltamos que entre as Marias, o grupo de amigas possui uma grande influência sobre seus padrões de comportamento. Para elas beber é um ritual de sociabilidade, sendo uma autoafirmação frente às amigas. Nos grupos, a bebida pode ser também um fator de aproximação e de identificação entre os membros. Já o fator religiosidade, ou ter alguma crença, é apontado como inibidor do consumo de bebidas alcoólicas. Pode-se observar que aquelas Marias que possuem uma religião, geralmente não consomem, ou ingerem poucas bebidas alcoólicas, isso ocorre possivelmente pelo fato de praticarem a fé como uma forma de lazer, por meio de retiros e também pela convivência com grupos de amigas não adeptas a esse hábito.

Segundo Pratta e Santos (2009), a iniciação ao consumo de álcool depende da interação de fatores sociais, religiosos e psicológicos, embora também possa haver influências genéticas. Os fatores que têm influência na decisão de beber ou os que contribuem para problemas temporários, podem ser diferentes daqueles que levam ao risco de problemas severos e recorrentes na dependência do álcool.

Com base nos relatos das Marias apresentados, podemos afirmar que estas mulheres necessitam sobretudo de apoio e de compreensão, para que se sinta à vontade para expor seus sentimentos e pensamentos. A partir de uma relação interativa com a usuária, o profissional de saúde poderá ajustar não só suas ações e procedimentos para com a usuária em particular, como também instrumentalizar a família para que ofereça o suporte necessário.

O profissional de saúde, amparado pelo conhecimento científico, pode orientar e informar sobre os possíveis danos e prejuízos gerado pelo uso abusivo de álcool, utilizando ações e práticas educativas, bem como fazer o acompanhamento de sua saúde física e mental. Estes os profissionais de saúde deveriam conhecer mais profundamente o contexto sociocultural em que estão inseridos seus usuários, e sejam mais prudentes quanto às diferenças na linguagem, representações e códigos de leitura do corpo que se refletem numa intervenção terapêutica (JODELET,2007). Estas são algumas das possíveis abordagens que certamente contribuirão para o alcance da resolutividade na assistência prestada.

Avaliando os locais em que as Marias costumam consumir bebidas alcoólicas, independentemente de ser a primeira vez ou usos subsequentes, o estudo identificou os bares/festas e no próprio domicílio como os principais locais. As companhias mais frequentes para o consumo foram as amigas e os familiares. Como se pode ver, o consumo de bebida alcoólica se encontra fortemente arraigado nos hábitos e costumes dessas pessoas. Quando usar o álcool a partir do final de semana faz parte da rotina e configura a opção de lazer dessas

Marias, e vem sendo reproduzida ao longo do tempo, fazendo parte da representação social dessas Marias e da comunidade que vivem.

Hochgraf e Brasiliano (2004) revelaram em seus estudos que o fato das mulheres beberem sozinhas em casa, aumenta o risco para o isolamento social. No entanto, este cenário vem sendo transformado, e foi detectado nas falas de todas as entrevistadas, nas quais pode-se perceber alterações nesse padrão de comportamento: as participantes não bebem sozinhas. Este achado é apoiado pelos estudos de Silva e Lyra (2013) destacaram que as mulheres bebem junto de pessoas conhecidas.

A representação social do beber feminino diante o consumo do abusivo de bebidas alcoólicas, chamou atenção que a diversão está diretamente ligada à prática de beber com os amigos e com os familiares, e nesses relatos, tem constituído uma prática coletiva, pois não foi feita nenhuma referência em beber sozinha. Talvez porque quando estão acompanhadas e se mantendo em ambientes festivos esqueçam os problemas, aproveitando melhor da vida

Essas alterações têm sido observadas com maior frequência, o que pode ser atribuído à conquista da redução da desigualdade de direitos entre homens e mulheres, resultantes das lutas e movimentos feministas das décadas de 1960 a 1980, desencadeando uma tendência também em relação à igualdade no consumo de drogas, influenciada pela mudança no estilo de vida que as mulheres adquiriram juntamente com seus novos papéis e responsabilidades (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; CAMPOS; REIS, 2010).

Dentro da dimensão de conduta, também se analisou os danos provocados pelo o beber feminino abusivo, procurando-se ampliar a visão sobre o objeto do estudo. As entrevistadas pontuaram como danos gerados pelo o uso abusivo de álcool a ocorrência de apagões e problemas ginecológicos. Neste achado, identificamos que os mesmos podem se tornar causadores da dependência. No que diz a respeito do saber científico (EMANUELLE et al., 2002) são apontados como os prejuízos do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as mulheres. Os distintos prejuízos podem estar associados a diversos problemas de saúde, como: interrupção das menstruações, tensão pré-menstrual e problemas de fertilidade. Bem trazida por uma das entrevistadas a Maria D.

[...] passo meses sem menstruar, não engravidado, tenho desejo de ter filho, não lembro o que faço; (apagão), já tive várias quedas e arranhões pelo meu corpo. Fico bastante irritada quando estou menstruada. (Zona III alto risco)

Maria H (zona II médio risco), em seu relato, pontuou problema clínico como consequência do uso de álcool, afirmou que já sofre de pancreatite aguda, pois bebia semanalmente, há quatro anos. De acordo com a literatura o uso abusivo do álcool é a causa mais comum do primeiro episódio de pancreatite aguda, ocorrendo entre quatro e sete anos após o início do uso alcoólico pesado (ANDRADE; ANTHONY, 2009).

Os danos gerados pelo o consumo abusivo de bebidas alcoólicas não afetam somente as usuárias, mas seus familiares e toda a comunidade devido à violência e acidentes frequentemente ocasionados. Até mesmo o consumo eventual pode expor as mulheres a problemas como acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco, gravidez não planejada, violência, ferimentos não intencionais e entre outros (PILLON et al., 2014; REISDORFER et al., 2012), Tais fatos foram evidenciados no nosso estudo.

Barbosa et al., (2011) defendem que uma pessoa consome álcool abusivamente por diversos motivos, tais como a necessidade de álcool para aceitar a realidade, a tendência a fugir às responsabilidades, a angústia, a festejo, a influência de companhia, má resistência às frustrações e tensões. A redução do senso crítico tende a levá-la a uma conduta precipitada, negligente perante a família, frequentes faltas e perdas de emprego e problemas de relacionamento. Poderá ainda haver algum contributo genético que facilite a dependência do álcool, mas fatores culturais são, sem dúvida, os mais importantes. No presente estudo, esses motivos foram encontrados nas falas das Marias. Observou-se ainda que elas tornaram vítimas em função do consumo do álcool, relataram prática de sexo desprotegido, violência doméstica e dificuldades de ir trabalhar.

São várias os prejuízos individuais e sociais do consumo de álcool, além da embriaguez, pois seu consumo abusivo é responsável por muitos óbitos e incapacidades (devido aos acidentes e doenças que provoca), falta de produtividade no trabalho e violência familiar e criminal. Todos esses fatores, aliados ao fato de provocar grande dependência física e psíquica e ser das poucas substancias que causam lesões irreversíveis (PILLON et al., 2014; REISDORFER et al., 2012),

Concordamos com Rozani e Furtado (2010), que ainda permanecem opiniões de que o sexo feminino controla a ingestão de bebidas alcoólicas, o que faz com que o diagnóstico de alcoolismo ou uso abusivo seja feito mais tardiamente que no homem. Outros fatores seriam as dificuldades da equipe de saúde em investigar, ou mesmo considerar relevante o uso abusivo de bebidas alcoólicas nesse grupo. Provavelmente, mesmo diante de danos físicas, psíquicas e/ou sociais decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas, os profissionais não conseguem

estabelecer as correlações; em geral, têm muita dificuldade de diagnosticar alcoolismo ou uso de risco em mulheres.

Alguns relatos evidenciados nesse estudo, corroboram tal fato. Como exemplo, Maria H (zona II médio risco) que já teve pancreatite, ou Maria I (zona II médio risco) que teve dificuldade de engravidar enquanto fazia uso de bebidas alcoólicas, ou ainda Maria M (Zona III alto risco), que apresentou menopausa precoce. Vale destacar que o nosso universo de entrevistadas foi de nove mulheres, ou seja, uma terça parte das mesmas apresentava problemas significativos de saúde, são população adscrita às USF, porém permaneceram invisíveis.

O preconceito da população em geral, bem como a relutância dos profissionais de saúde em lidar com o beber feminino acaba por dificultar o acesso aos centros de diagnóstico e tratamento. Têm-se, assim, mulheres mal informadas, que procuram ajuda indiretamente, com queixas vagas sobre a saúde física e/ou psíquica, escondendo seu principal problema (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005). O uso abusivo do álcool e de outras drogas é analisado como um problema social de âmbito mundial, mas ainda carente de respostas efetivas das instituições governamentais e não governamentais. É compreendido como um grave problema de saúde pública que necessita de intervenções complexas com um enfoque holístico, contínuo e desenvolvido através de múltiplas parcerias (PRATTA; SANTOS, 2009).

6.2.3 Dimensão do Social

Na dimensão social, compreender as ações e comportamentos vivenciados pelas Marias entrevistadas, nos seus aspectos sociais diante do consumo abusivo de álcool, incluindo a percepção destas Marias a respeito das informações ou apoio recebido diante deste consumo pelos profissionais de saúde ou de outras pessoas.

Analisando os relatos das Marias estudadas como uma totalidade, podemos afirmar que o conhecimento que possuem sobre o beber feminino é originário da observação do seu cotidiano. A observação do cotidiano engloba experimentação pessoal, vizinhos, familiares conhecidos, desconhecidos em eventos sociais.

As Marias afirmaram que fazem consumo de bebidas alcoólicas em público e junto dos seus familiares ou amigas. Resumida no discurso de Maria G.

[...] comecei a beber aos 16 anos em festa na casa da minha família com as minhas amigas. Foi surpreendente e fiquei bem alegre. Bebo muito pouco nos finais de semana em festas, quem gosta de beber mais com a minha companheira (Zona I baixo risco)

O relato acima mostrou que o início do uso de bebidas alcoólicas ocorreu socialmente, junto dos seus familiares. Esse extrato representa o discurso de todas Marias. Também consideramos importante saber quando elas começaram a beber, e ficou evidente que a maioria das entrevistadas iniciou o consumo de bebidas ainda na adolescência. Segundo Assis (2007), a curiosidade natural do adolescente influencia na experimentação de substâncias psicoativas, o que o estimula a experimentar novas sensações e prazeres. O jovem vive o presente e busca realizações imediatas, e os efeitos das drogas vão ao encontro desse aspecto, proporcionando prazer passivo e imediato.

O uso precoce de álcool entre as pessoas pode facilitar o desenvolvimento tanto do uso abusivo e quando da dependência. Sem falar que os menores de idade que bebem tendem a se expor a situações de risco, como iniciação precoce da vida sexual, prática de sexo sem preservativo, existência de múltiplos parceiros sexuais, gravidez indesejada, embriagar-se alguma vez na vida, experimentar outras drogas, entre outras.

Provavelmente esse fenômeno está associado à dificuldade de julgamento crítico da situação de risco, bem como à influência do álcool também na escolha dos pares e dos ambientes favoráveis ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Diante desse contexto, é importante considerar na constatação das pesquisas internacionais e nacionais (BRASIL, 2017; CARLINI et al., 2007; GALDURÓZ et al., 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018) apontando alta incidência de mulheres e homens jovens que bebem arriscadamente, o que podem levá-las a outros comportamentos de risco, como o sexo desprotegido.

As Marias em sua maioria relataram que atualmente, bebem abusivamente em eventos sociais junto com seus familiares. Monteiro et al. (2011) e Costa (2014) vem atribuindo grande importância dos fatores familiares no desenvolvimento do uso de álcool por parte de seus membros. Neste contexto é possível afirmar que as réplicas dadas pelas Marias são reflexos das manifestações do grupo social em que estão inseridas, no qual participam de experiências comuns e vivências no cotidiano, evidenciadas nas falas delas por meio de vontades, expressões e emoções que são as configurações de representar o conhecimento construído e dividido entre essas participantes. As Marias ainda relataram que gostam de beber em festas, em casa e nos bares e sempre acompanhadas com pessoas conhecidas.

Nóbrega e Oliveira (2005) postulam que a crescente tendência do consumo abusivo de álcool entre as mulheres está relacionada à maior participação nas atividades tradicionalmente relegadas aos homens, especialmente em relação ao mercado de trabalho e educação. Segundo esse argumento, essas características são acompanhadas de um crescimento da autonomia das mulheres, possibilitando e encorajando o aumento do consumo de álcool e, conseqüentemente, o aumento da quantidade e frequência do consumo.

Um aspecto fundamental a considerar, diz respeito aos movimentos feministas que têm uma importância imponente para humanidade pois, representa um divisor de águas para a sociedade, transformando modo de vida das mulheres. As mulheres passam a compor o mercado de trabalho, o divórcio faz aumentar o número de famílias monoparentais lideradas por mulheres, a renda feminina torna-se necessária para o sustento das famílias, os métodos contraceptivos são ferramentas que possibilitam a liberdade e a autonomia sexual e há um aumento ao acesso a escolarização de nível superior para essa população.

Esse cenário de transformações sociais que provocou desestabilizações às regras de gênero apresenta uma nova forma de ser mulher, ampliando seu papel social e exigindo para o conceito de “ser feminina” outra definição (ALVES, 2001; CAMPOS; REIS, 2010). No nosso universo de estudo, a maioria das mulheres tem autonomia financeira, trabalha (mesmo que informalmente) e têm casa própria.

A nova possibilidade de comportamento feminino, não trouxe apenas privilégios, afinal a ampliação de direitos implica no aumento de deveres e há também os aspectos negativos desse novo modo de ser. Costumes e atitudes antes, exclusivamente, masculinos começam a fazer parte da realidade da mulher, inclusive, os modos não saudáveis, tais como, o consumo de drogas que antigamente era mal visto entre mulheres, já que o julgamento era predominantemente, feito pela ótica masculina, com a mudança no papel social feminino a conduta de beber entre mulheres parece ter julgamento mais ameno em algumas culturas. (ALVES, 2001; CAMPOS; REIS, 2010).

Os depoimentos das participantes da presente pesquisa dialogam com o estudo de Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2010) sobre os efeitos do álcool no organismo, que é classificado como uma droga depressora. Num primeiro momento, porém, age como estimulante, deixando a pessoa eufórica, desinibida, mais sociável e falante, com sensação de prazer, de alegria, e num segundo momento, age como um depressor da atividade cerebral, reduzindo a ansiedade, mas prejudicando a coordenação motora. À medida que aumenta a concentração do álcool no sangue, ocorre diminuição da autocrítica, a fala pode ficar enrolada, sonolência e prejuízos na

capacidade de raciocínio e concentração. A visão pode ficar dupla, ocorrendo também prejuízo de memória e da concentração, diminuição de resposta a estímulos, vômitos, insuficiência respiratória, entre outros sintomas/sinais. Bem observado no discurso de Maria M:

[...] eu não tenho problema com meu uso de bebidas alcoólicas porque não uso diariamente. Trabalho todos os dias da semana até no sábado as 13:00 horas. Só bebo no final de semana porque ninguém é de aço. E quando bebo fico bem alegre, falante e depois dar um sono, durmo com roupa e tudo. No outro dia as vezes sento tontura pela manhã depois de ter passado a noite bebendo sem poder me levanta, é a ressaca, tomo um banho e aí vou trabalha (Zona III alto risco)

Pode-se observa na fala de Maria M os efeitos ambivalentes do álcool de estimulador e de depressor, quando o efeito do álcool estava no início, promoveu a sensação de energia, poder e alegria. Na continuidade do consumo, a substância provocou exaustão e sonolência. Portanto, quanto mais alta a concentração de álcool no sangue, maior será o efeito depressor. Elevadas doses de álcool podem causar diplopia, prejuízo de memória e da concentração, diminuição de resposta a estímulos, sonolência, vômitos, insuficiência respiratória, sensibilidade nos membros inferiores e superiores, podendo levar ao coma e à morte (LARANJEIRA et al., 2010; REHM et al., 2004). Vale citar que em todas as épocas e lugares, os seres humanos deliberadamente usaram (e abusaram) de substâncias capazes de modificar o funcionamento do sistema nervoso, induzindo sensações corporais e estados psicológicos alterados.

Muitas vezes a pessoa não percebe a ligação entre seus problemas e o uso de álcool. Tal fato pode ser observado nos relatos, principalmente nas Marias classificadas nas Zona II, de médio risco e na Zona de risco III, de alto risco. No início, a dificuldade provocada pelo uso do álcool é ignorada. O álcool, embora sendo uma droga psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central, provocando uma alteração no comportamento de quem o consome, podendo levar a dependência, não é considerada com tal (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

Para muitas pessoas, droga é somente aquela substância cujo consumo é proibido, ou seja, as chamadas drogas ilegais. No entanto, o álcool é uma das drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e, até incentivado pela sociedade (LAPATE, 2001). Esse foi uma representação importante, o de que que o álcool não é droga. Podemos observa nas falas das Marias abaixo:

[...] acho horríveis as pessoas que usam drogas. Eu jamais vou usar droga, as pessoas que usam ficam violento, roubam e fazem muita maldade as outras pessoas (Maria C, Zona I baixo risco)

[...] nunca experimentei droga. Eu só bebo (Maria M Zona III alto risco)

[...] eu e meu marido bebemos só no final de semana. Meu filho adolescente fuma maconha. Eu e o pai nunca na nossa vida usamos drogas. Meu filho não teve esse exemplo da gente (risco Maria H, Zona II médio)

Observou-se nos relatos das Marias esteve arraigado ao conhecimento popular em relação ao uso de drogas, constituiu um discurso do senso comum de todas as Marias que revelaram conceitos e valor no pronunciamento semelhante em analogia às drogas lícitas e ilícitas. Alegaram que o álcool não é uma droga, pois, drogas são aquelas pesadas que as pessoas usam e tornam pessoa ruim e provocam violências para os outros. E que a nossa sociedade não aceita de forma alguma o seu uso, para o isso é proibido sua venda e seu uso.

Esse achado revelou o preconceito das Marias perante o uso de drogas ilícitas e a dificuldade das participantes que não conseguem estabelecer as correlações das drogas psicotrópicas mesmo usando uma destas drogas. Tal aspecto pode ser visto na fala de todas, que afirma não fazer uso de drogas e nunca experimentaram drogas.

No Brasil, o consumo de álcool por indivíduo é considerado aceitável, porque normalmente a substância não é considerada droga (BRASIL;2006; LARANJEIRA et al, 2010). O álcool é legalizado, não é considerado droga pelo senso comum. De maneira geral, os discursos sobre as drogas são focados essencialmente nas drogas ilícitas, mantendo-se ainda os danos decorrentes do uso do álcool em segundo plano.

Estudo como esse, destacou a compreensão e a interpretação das próprias mulheres que fazem o consumo abusivo de álcool sobre o beber feminino no contexto sociocultural em que as mesmas estão inseridas, sendo a fonte de informação sobre o seu processo saúde-doença. Observamos que nos depoimentos de todas as nove Marias sobre este consumo na vida e na saúde foi cultivado e partilhado como a representação social de prazer e de festas. A busca do prazer é uma atividade cotidianamente almejada pelos humanos. Este achado abre caminho numa abordagem holística, de prevenção, de redução de danos, essencialmente quem cuida de vidas humanas é amparado pelos estudos de Pillon et al. (2014).

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática comum e bastante difundida em todo o território brasileiro. Configura-se parte integrante da cultura popular, constituindo um amplo quadro de significações que envolvem crenças, valores e tradições que são transmitidos através dos tempos. O saber local ou regional é materializado, compartilhado e transmitido ao grupo,

constituindo, assim, uma representação (COSTA, 2014; JODELET, 2007; MOSCOVICI, 2001).

Nesta circunstância observou-se a representação da bebida alcoólica foi configurado bebida como tradição nas Marias. Essa categoria social demonstra a forte influência dos aspectos culturais nos hábitos e costumes tanto nas mulheres quanto nos homens. Suas crenças, religião e todo um conjunto de valores predominam e trazem uma significação que perpetua através das gerações. Os relatos a seguir demonstram a força cultural desses eventos na vida dessas Marias:

[...] nem eu e nem minha família tem problema com a bebida. Na festa de São João agora foi boa demais! Muitas comidas, milho, canjica, pamonha, bolos, pipocas, churrasco e bebida à vontade junto com a minha família e os vizinhos. A rua ficou toda enfeitada de bandeirinhas e fogueira (Maria I, Zona II alto risco)

[...] no mês de junho teve a festa junina a gente faz festa em casa e na rua no São João e aí serve licor, batida e bastante comida a noite inteira. É a festa que gosto mais do ano (Maria M, Zona III alto risco)

O prazer pelo consumo da bebida encontra-se associado à interação social. Ao beber, o sujeito aproveita a vida, diverte-se, interage com outras pessoas de forma livre e espontânea. Assim, a bebida alcoólica é um produto mais próximo da realidade dessas pessoas que pode lhe trazer diversão e prazer. Nas festas juninas, na festa de carnaval e a semana santa são comuns o consumo de bebidas alcoólicas, pois são eventos culturais e religiosos muito celebrados no Brasil há século (COSTA, 2014).

Atualmente, há uma grande valorização das festas juninas na região Nordeste. Na festa de São João existe uma prática comum de montarem fogueiras na porta das casas, de enfeitar as ruas com bandeiras coloridas, compras de fogos e artifícios para serem queimados no dia Santo. O costume de comemoração desses eventos culturais faz parte dos hábitos desta população nordestina e é passado de geração a geração. São práticas transmitidas coletivamente que têm uma significação e trazem valores que são guardados na memória e posteriormente são reproduzidas constituindo uma forma de representação social. Coincidentemente, nosso trabalho foi realizado após tal evento, o que enriqueceu nossos achados.

Conforme Sá (2005) e Jodelet (2009), ressaltaram, as ações humanas comportam um significado histórico que traduzem realidades e códigos culturais, as quais comportam valores sociais e culturais constituídos por determinado grupamento social. Desse modo, então, os hábitos e costumes de consumir comidas típicas da região e de beber bebidas alcoólicas nos

festejos religiosos podem ser representações culturais dessas Marias, as quais constituem símbolos e valores sociais que traduzem seu modo de vida.

As Marias deste estudo referiram manter uma boa situação de saúde não relacionando nenhuma alteração de saúde e consumo de bebida, avaliando-se de forma saudável, mesmo a que apresentava pancreatite aguda.

Observa-se que os relatos das Marias aqui apresentados, dão visibilidade ao desconhecimento da população acerca dos malefícios da ingestão abusiva de bebidas alcoólicas e, por consequência, ao despreparo das próprias mulheres e da sociedade, para lidar com a situação que se apresenta, bem como, dos próprios serviços de saúde. O uso abusivo de bebidas alcoólicas se caracteriza por não apresentar a necessidade incontrolável do mesmo. Tal fato, leva a que o uso abusivo não desperte preocupação precocemente, quer seja da própria mulher que bebe, quer seja da família, que muitas vezes só vai tomar conhecimento do problema em fase avançada ou tardia, quando o alcoolismo já se instalou. O relato de uma das Marias abaixo sobre sua saúde é importante:

[...] nunca tive nada na minha saúde porque bebo. Mas já tive várias quedas, corte no braço e levei pontos, as vezes não me lembro o que faço. E que a vida é isso mesmo, a vida é beber, é fica bêbada, alguns tem sorte e outros não é o destino (Zona III alto risco Maria J)

A Organização Mundial de Saúde chama a atenção para as consequências do uso e abuso de álcool sobre a vida das pessoas e os impactos nas famílias. O seu padrão de consumo pode originar problemas e transtornos de índole distinta, que afeta elevado número de pessoas, constituindo-se um verdadeiro problema de saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Para Babor et al. (2003), a distinção entre vários padrões de uso é bem estabelecida apenas para algumas drogas. No caso do álcool, por ser aceita socialmente há distinção entre beber socialmente e alcoolismo. Os problemas relacionados com os padrões de risco no uso do álcool devem ser encarados como um problema de saúde pública que requerem medidas preventivas nos níveis individual e populacional.

É fundamental fazer referência que o conceito de saúde evoluiu sensivelmente no decorrer da história e incorporou aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLIAR, 2007).

Reconhecer a historicidade do conceito de saúde significa compreender que a sua definição e estabelecimentos de práticas dependem do grau de conhecimento de cada sociedade (BATISTELLA, 2007). Neste sentido, Lapate (2001) ressalta ainda que o álcool é como qualquer outro elemento presente na sociedade, e que segue a evolução histórica e cultural, ou seja, os padrões, a frequência de utilização e os tipos de álcool consumidos mudam de uma época para outra de acordo com as construções socioculturais existentes

Assim, a saúde da mulher inclui doenças ou condições que são exclusivas às mulheres ou envolvem diferenças sexuais particularmente importantes. Essa definição reconhece as crescentes evidências científicas que sustentam um enfoque direcionado para sexo e gênero, e expande o conceito de saúde da mulher para além da ênfase tradicional nos órgãos reprodutivos e suas funções. Com o tempo, a definição passou a incluir uma apreciação acerca do bem-estar e da prevenção, da interdisciplinaridade e da natureza holística da saúde da mulher, da diversidade das mulheres e suas necessidades de saúde ao longo da vida e do papel central das mulheres como usuária do serviço de saúde e participantes ativas da própria assistência à saúde que recebem.

Batistella (2007), fundamentada que a abordagem interdisciplinar ampliada sobre a saúde, tem implicações significativas para os profissionais de saúde que prestam assistência à saúde das mulheres. Além dos conhecimentos básicos sobre psicologia feminina e biologia reprodutiva, os profissionais de saúde precisam avaliar a complexa interação existente entre meio ambiente, biologia e desenvolvimento psicossocial das mulheres. Ao lidar com condições que não são específicas às mulheres, os profissionais de saúde devem atentar para aqueles aspectos da doença que são diferentes nas mulheres ou apresentam implicações de gênero importantes. A habilidade de aplicar essa informação requer que os profissionais de saúde adotem atitudes e comportamento cultural e genericamente sensíveis (BATISTELLA, 2007).

Neste sentido é fundamental compreender que a percepção subjetiva do indivíduo funciona como elemento importante na avaliação do seu estado de saúde, apesar dos fatores biológicos apresentarem papel fundamental na qualidade de vida. A subjetividade faz referência a como as pessoas sentem ou percebem suas vidas, sendo importante na avaliação do que faz a vida ser algo bom e desejável, porquanto os fatores objetivos sozinhos são insuficientes para explicar a experiência da qualidade de vida que tem direta influência do auto percepção de saúde (BATISTELLA, 2007).

Campos e Domitti, (2007) sugere uma alternativa, um modelo de clínica mais condizente com as intervenções na área da saúde voltadas ao cuidado das pessoas que fazem

uso do álcool e outras drogas e que seja focado no modelo de clínica ampliada, em promoção, prevenção e a reabilitação psicossocial que possa atuar no sujeito como um todo e não de forma fragmentada e isolada. As intervenções devem atuar nos aspectos biológicos, nos aspectos subjetivos e nos aspectos socioculturais.

Colocar este sujeito também como corresponsável pelo seu cuidado, incluindo intervenções nos agravos de saúde. Caberia a esses atores sociais posicionar-se sobre a existência ou não de saberes e maneiras efetivas para se enfrentar os problemas de saúde, lidando de forma reflexiva e autônoma no que diz respeito à organização das ações e serviços de saúde, fazendo valer seus legítimos interesses e necessidades em saúde. Nesta mesma linha de pensamento, argumenta Jodelet (2007), ao afirmar que necessita ser incorporado à qualquer intervenção de cuidado no processo de saúde e de doença a questão cultural, além das representações sociais dos usuários serem agregadas aos modelos de atenção à saúde.

Numa intervenção de cuidado os profissionais de saúde precisam estar atentos para o outro, tentar identificar seus anseios e necessidades, e para isso o olhar do profissional deve ir além do motivo que fizeram os usuários procurarem o serviço de saúde. Ao adotar essa conduta no momento assistencial, assume-se que a saúde e a doença não são apenas objetos, mas na condição mesma de objeto, configuram modos de ser e andar na vida (AYRES, et al. 2006). Chama atenção, no entanto, o presente estudo, que embora todas as usuárias sejam adscritas à ESF, nenhuma relatou que o consumo abusivo ou alcoolismo, tenha sido identificado pelo programa.

Logo, há importância do fortalecimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, já que ela contempla questões relativas à educação, com ênfase na veiculação de informações voltadas à promoção e prevenção em e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, dentre outros. O processo educativo em saúde, neste caso, está atrelado à própria formação e prática do profissional de saúde, que devem ser norteadas pelo “princípio da humanização (BRASIL, 2009, p.340).

Em tal perspectiva, entre outras, no âmbito da atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, entre outros), são efetivadas medidas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. ”. A prática e formação do profissional devem contribuir “para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao

seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. ” (BRASIL, 2004, p.64).

Outro relato bem intrigante das nove Marias significou um discurso do senso comum afirmando que não tiveram nenhuma orientação ou apoio sobre o uso e abuso de álcool na vida delas e que nenhum profissional de saúde abordou sobre o assunto. E que raramente algumas amigas falam para beber controlado para não dar vexame. O relato das Marias ratifica os achados do estudo de Simão, Kerr-Correa et al., (2008). As autoras sugeriram que a visão da sociedade em geral, e dos profissionais de saúde sobre o uso de bebidas alcoólicas pelas mulheres, está relacionado ao marcador das relações sociais, aceitado e não patológico, dificultando o seu diagnóstico.

O feminismo proporcionou algumas mudanças no papel da mulher, assim ela se insere em novas funções sociais e passa a executar hábitos e comportamentos que outrora eram exclusivamente masculinos. O consumo de drogas é uma conduta que, de forma geral, não fazia parte do universo feminino, pois a mulher que consumisse álcool ou tabaco ou outra droga, não era bem vista pela sociedade. Atualmente vê-se que a mulher consome álcool e cada vez mais jovem.

Nóbrega e Oliveira (2005) apontam que os homens recebem mais apoio e orientações de familiares e dos profissionais de saúde, enquanto as mulheres recebem mais apoio de amigas sobre a problemática do consumo de bebidas alcoólicas. A literatura ressalta a importância tanto do vínculo familiar bem como do vínculo com o profissional de saúde na reabilitação psicossocial. Tal aspecto é apontada como fator expressivo tanto para o homem quanto para a mulher, no sentido do fortalecimento da motivação e mudanças de comportamento diante da problemática do uso de álcool ou outras drogas (SILVEIRA et al.,2008; SILVA; LYRA.,2013). Logo, ao não contarem prioritariamente com os familiares e com os profissionais de saúde, o conceito, não é nada demais as mulheres beberem, diante do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, se acentua.

Goffman (2004) e Silva (2009), chamam atenção para o processo de naturalização do estigma aos consumidores de drogas, pois, acentuam o processo de exclusão social, representado pela aceitação do estigma, tanto pelo próprio estigmatizado quanto pela sociedade, gerando uma atmosfera social de conformismo e passividade. O modo natural desses fenômenos vem contribuir, como consequência, a um ciclo de exclusão, no sentido de reforçá-lo e reproduzi-lo através de representações, crenças e estigmas acerca do excluído. Desta forma, o processo de exclusão deve ser entendido no prejuízo de compartilhar, o que induz a rejeição,

a recusa, a violência e muitas vezes o abandono, entre outros, de um conjunto significativo da população.

O processo de exclusão e de estigma, embora atingindo o sujeito e sua subjetividade, não pode ser visto como um processo individual, de responsabilidade do sujeito. A exclusão e o estigma deve ser vista em um contexto mais extenso, abarcando as várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e as políticas públicas. Portanto, tanto a exclusão quanto o estigma é social, e não pessoal.

Concordamos com Coelho e Franco (2009) que destacaram que o estigma e a exclusão social abrangem a pobreza, a discriminação, a subalternidade, não equidade, não acessibilidade e não representatividade pública. Ainda, reforçaram que o fenômeno da exclusão e da estigmatização é extenso e plurifacetado, de modo que as excluídas e as estigmatizadas não são apenas as rejeitadas pelas deficiências físicas, as drogadas, as embriagadas, as loucas, além disso, abrangem a questão espiritual, em que seus valores não são reconhecidos, ou seja, há também exclusão cultural.

O despreparo dos profissionais de saúde no acolhimento das pessoas que apresentam tanto alteração mental quanto problema com drogas psicotrópicas, e conseqüentemente a exclusão social, é bem-posta por Jodelet (2005). A mesma afirma que os julgamentos morais, estigma, preconceito e exclusão social são vivenciadas pelas pessoas com transtorno mental, consideradas pessoas pertencentes a outro mundo, igualmente, as mulheres “embriagadas” ou que consomem bebidas abusivamente, incomodam, são loucas.

Sublinhado ainda por Moscovici (2009) que a existência da estranheza, abre espaço para o não familiar, de onde surgem o conflito e onde há uma “falta de sentido” espaço ideal para as representações sociais deste fenômeno. Os sentidos conferidos ao uso e abuso de álcool se devem não somente pelos efeitos químicos, mas sim aos seus atributos simbólicos, ao imaginário social e ao seu aspecto cultural (MOSCOVICI, 2009). O conhecimento acerca das representações sociais sobre o uso de álcool permite melhor compreensão sobre atitudes e comportamentos pertinentes a esse fenômeno.

O uso de drogas psicoativas por mulheres, como qualquer outro objeto social, é veiculado sobre diferentes formas de interpretações na sociedade. Para refletir acerca dos significados atribuídos ao consumo de bebidas alcoólicas, faz-se necessário compreender que a sociedade estabelece uma relação dialética e constante entre os indivíduos que dela fazem parte (MOSCIVICI, 2011).

Moscovici (20011) argumenta que a realidade social é um continente dinâmico e plural onde estão situados todos os valores, crenças e preconceitos, os quais são elementos essenciais ao homem enquanto ser histórico e social. Neste cenário, os indivíduos criam e legitimam suas representações ao longo do tempo, assumindo um estatuto de verdade a serem difundidas nas relações sociais, porém, não estagnadas, são mutáveis, na medida em que novos conhecimentos vão sendo gerados. O desconhecido se torna familiar, em um sistema de trocas possibilitado pela linguagem no “mundo da conversação”, manifestando formas de pensar permeadas pelo universo sociocultural e histórico desses sujeitos, “enriquecendo a tessitura do que é, para cada um de nós, a realidade” (Moscovici, 1978, p. 51).

Sem nenhum constrangimento as Marias declararam da necessidade de ser abordagem na unidade de saúde a questão do beber feminino. Numa única voz das Marias, bem sintetizada na fala de Maria J.

[...]nunca ninguém me apoiou ou ajudou é primeira vez que alguém pergunta sobre isso só nessa pesquisa. Fala do meu uso da minha cachaça, é a companheira de todas as horas. Fiquei comovida em falar das minhas angústias e dos meus sofrimentos. É uma solidão enorme. Aqui no posto ninguém da equipe fala sobre isso. É importante ser trabalhado aqui na unidade. (Zona III alto risco)

O relato de Maria J foi, sem dúvida um dos que mais nos chamou a atenção, por apresentar um relato repleto de dores, sofrimento, indiferença, angústia e solidão. E foi a única das Marias que começou a fazer uso de bebidas alcoólicas ainda criança, aos 6 anos de idade, junto do seus pais que eram alcoólatras já falecidos. O pai faleceu de cirrose e sua mãe em atropelamento de carro. Os pais tinham um relacionamento bastante perturbado. Ambos bebiam muito, e sempre liberavam a bebida para consumo dos filhos. Ela é a filha mais velha e tem dois irmãos mais novos. Referiu ter sofrido maus tratos dos pais. Em nenhum momento relatou algum acontecimento feliz, alguma boa lembrança. Só dores e tristezas. Neste cenário, a bebida alcoólica atuou como atenuante das dores e “válvula de escape” para o sofrimento.

Revelou ainda a falta do apoio social e de cuidado na atenção à saúde da mulher para o seu consumo abusivo, fazendo com que ela assume para si a incumbência pela solução da problemática, acreditando que pode dar conta dos seus anseios e vontades. Esse achado é apoiado nos estudos das autoras Silva e Lyra (2015) no qual relataram que as mulheres que fazem o consumo abusivo de álcool em atendimento terapêutico especializado, sentiam solidão e tristeza. Afirmaram ainda que estavam sem apoio social.

Outros achados significativos foram os depoimentos das Marias que faz uso de álcool classificada em médio risco e alto risco declaram que tinha dificuldade de engravidar. As Marias

fazem os mesmos discursos que agora elas têm as crianças para cuidar fico tranquila e não bebo durante a semana que é o meu trabalho. E outra Maria classificada em médio risco também declarou que tinha dificuldade de engravidar e que depois de frequentar uma academia parou de beber abusivo e teve o seu primeiro filho. Ficou notório que a representação da maternidade ocupa o lugar primordial na vida e nos desejos destas Marias. E mostrou ainda que a estratégia de Redução de Danos é importante, pois foi empregada o exercício físico e o suporte afetivo pelas próprias mulheres para o reduzir o beber abusivo.

Não poderíamos deixar aqui de registrar a poetisa Cora Coralina que explícita ou implicitamente, elegeu a si mesma para denunciar diversos atos de um tempo em que as mulheres se encontravam amordaçadas. Seus versos poéticos expressam e reafirmam como as mulheres eram conformadas pelas representações de gênero, constitutivas da organização da sociedade de desigualdade, dentre outras, como as de classe, cor, raça, escolaridade, religião, geração entre outros. Um dos textos da poetisa, como se sentiu ao exercer seu direito de escolha, ao lutar pelos seus sonhos e desejos:

[...] eu parti em busca do meu destino.
Ninguém me estendeu a mão.
Ninguém me ajudou e todos me jogaram pedras.
Despojada. Apedrejada.
Sozinha e perdida nos caminhos da vida. (CORALINA, 1987, p. 84.)

As Marias entrevistadas transpareceram em suas falas um grito por apoio e por orientação. Uma abordagem por parte das ESF além de favorecer a realização de abordagem educativa e preventiva sobre o tema, pode corroborar com a lógica de uma prática integral de saúde, favorecendo o fortalecimento dos princípios da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, no âmbito do SUS. A RAPS preconiza a perspectiva da atenção psicossocial, percebendo a dimensão da pessoa que procura o serviço como o morador de um bairro, como um cidadão, enfim, com o conjunto de dimensões que adquiriu ao viver; ou seja, para a consecução da integralidade, não há de ser considerada a doença, mas a existência e o sofrimento, e isso requer que não haja centralidade do manejo clínico de nenhuma ordem (BRASIL, 2009;2011).

No sentido de ampliar o atendimento aos danos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas e superando a dicotomia entre drogas ilícitas e lícitas, buscaram-se novas formas de atendimento integrado. Com base na Política de Saúde Mental, definida pelo Ministério da Saúde, e inspirados pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, propõe-se o estabelecimento de uma rede de atenção integral, preconizando que a assistência, e deve pautar-se por ações de

prevenção, de tratamento e de reinserção social em todos os serviços de saúde que compõem o SUS (BRASIL, 2011).

Realçamos que os profissionais da equipe da ESF constituem um recurso estratégico essencial para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e podem contribuir efetivamente no âmbito da assistência aos usuários e na prevenção ao consumo (BRASIL, 2011). Uma vez que, existe tanto o sofrimento individual quando coletivo no núcleo familiar, que enfrentam uma realidade prática com as consequências do uso do álcool e outras drogas, é de extrema importância a participação da equipe multiprofissional da ESF e de setores da sociedade, em campanhas de prevenção no uso de álcool e outras drogas, visando a diminuição dos agravos, bem como no acompanhamento integral aos usuários.

Para isso, o profissional de saúde necessita conhecer que as dimensões simbólicas e afetivas, articuladas e orgânicas, derivam do contexto social em que vivem os usuários, o qual é formado por outros indivíduos que têm sentimentos, corpos, escolhas e poder nas relações sociais em um determinado território. Nesse contexto, o Ministério da Saúde propõe que a assistência aos usuários de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados na ESF (BRASIL, 2011).

Deste modo a utilização das estratégias para a diminuição do consumo de álcool abusivo de álcool são essenciais para minimizar impactos na saúde no âmbito individual e coletivo, incluindo a redução da sobrecarga no sistema de saúde dele decorrente. A adoção da lógica ampliada de redução de danos, visa uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e a comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2008).

Vale citar que o conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política para enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia, assumida pelo SUS 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 (COMTE et al., 2004).

A estratégia de redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas vêm 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. A estratégia de redução de danos sociais reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida (COMTE et al., 2004).

Deste marco ético em defesa da vida, decorre que a abordagem de redução de danos, ao mesmo tempo em que aponta a diretrizes do tratamento e da construção da rede de atenção para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, implica um conjunto de intervenções de saúde pública que visam prevenir as consequências negativas de consumo. Assim, são estratégias de redução de danos a ampliação do acesso aos serviços de saúde, para prevenir e reabilitar os possíveis danos e prejuízos das usuárias de álcool e outras drogas; como também a elaboração e distribuição de materiais educativos informando sobre formas mais seguras de consumo de uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo. (COMTE et al., 2004).

Pode-se conferir que uma das barreiras sócio emocionais que muitas vezes interferem na prevenção das condutas de risco está associada à questão de gênero. É essencial, dessa forma, que os próprios profissionais de saúde desconstruam ideários construídos como, por exemplo, que o beber pesado faz parte apenas do repertório do comportamento dos homens. Devido a constituição do imaginário social de que naturalmente os homens são mais instintivos e menos propensos a cumprir regras do que as mulheres, os profissionais de saúde apresentam a tendência de julgar mais as mulheres do que os homens que bebem pesadamente.

No depoimento de uma das Marias entrevistadas, declarou que é muito feio mulheres velhas beber abusivamente. Os estudos apontam que pessoas de ambos os sexos manifestam intolerância em relação ao beber abusivo feminino. Também, entre mulheres que bebem a atitude expressada é de aversão. Mulheres que apresentam problemas com álcool é objeto de julgamento por parte da sociedade e de alguns profissionais de saúde (SILVA; LYRA, 2013)

Participamos do pensamento de Amarante (2008) quando afirma que o processo de transformação do paradigma asilar rumo a um modelo de atenção psicossocial requer, além da substituição da prática do serviço, desconstrução do contágio cultural em termos de teoria e valores a ele vinculados, os quais a própria sociedade assimila e reproduz como verdade fundamentada no imaginário social acerca do consumo de álcool e outras drogas. Desta forma,

a maior barreira a ser superada, e a mais importante, é a estigmatização e a discriminação para pessoas as que bebem abusivamente ou dependente de álcool. No depoimento de uma das entrevistadas declarou que é muito feio mulheres velhas beber abusivamente.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (2018) destaca que para atacar o estigma e a discriminação é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais e trabalhadores em Saúde, o fechamento das instituições psiquiátricas asilares que servem para preservar e reforçar o estigma, a provisão de serviços de Saúde Mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos portadores de sofrimento mental e dependentes de álcool e outras drogas. Ressalta ainda que o combate ao estigma requer também companhia de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto biopsicossocial provocado pelo uso de bebidas alcoólicas, afim de dissipar mitos e incentivar comportamentos e atitudes mais positivos.

Destacamos, que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é possível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências) (AMARANTE, 2008).

Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental. Para tanto, um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco do drogado e da loucura do marginal. O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho (AMARANTE, 2008).

O nosso achado observou-se que uso de álcool entre as Marias pesquisadas não teve um olhar dos profissionais de saúde ao beber feminino nem as possíveis consequências deste consumo. A literatura aponta nas raras ocasiões em que ocorre esse olhar é essencialmente para os homens (SIMÃO; KERR-CORREA; DALBEN, 2002). Fato que ainda permanecem opiniões da população de modo geral e dos profissionais de saúde que o gênero feminino controla a ingestão de bebidas alcoólicas, no qual fariam com que o diagnóstico de abuso e de alcoolismo fosse feito mais tardiamente que no homem.

Por esta razão, desde o ano de 2002 o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos, que incentiva, apoia e financia a implantação

de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. A partir de 2003, o Ministério instituiu uma estrutura organizativa mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES), para enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2013).

Porém o que tem sido observado na prática, é que os serviços de saúde não estão conseguindo se constituir de acordo como se apresentam as demandas, de se adequar aos perfis das usuárias aproveitando as potencialidades de cada momento destas usuárias dentro do serviço. A promoção da saúde tornou-se uma forte estratégia para atuar sobre os aspectos que determinam o processo saúde doença e potencializar formas mais amplas de assistência em saúde e conseqüentemente no uso abusivo de drogas. Como vem sendo concebida nas últimas décadas, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que tem atingido a população e seus entornos, considerando o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. (AYRES, et al. 2006),

As maneiras como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida. Assim a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Pratta e Santos (2009) sublinharam na importância em buscar promover melhorias na situação de saúde das pessoas, deve-se levar em conta estratégias que tenham por objetivo à transformação das condições de desigualdade, além de oferecer subsídios para que o indivíduo possa se sentir parte importante do contexto em que vive, capacitando-o e emponderando-o para formas de viver mais saudável. Tais elementos são essenciais para que o mesmo tenha condições de avaliar e discernir aspectos relacionados à questão do álcool e outras drogas, podendo evitar ou diminuir o seu uso.

Portanto, a promoção da saúde não deve estar sob a responsabilidade exclusiva do setor de saúde e sim de uma rede de cuidado organizada em práticas intersetoriais e multidisciplinares, desenvolvidos por meio de parcerias e de corresponsabilidade.

É previsto na Assistência Integral a Saúde da Mulher no Brasil que os serviços de Atenção Básica à Saúde e as equipes profissionais proporcionem um cuidado em ambiente confiável e acolhedor para que as mulheres possam falar de sua vida, seus planos, medos e desejos, fazendo-as se sentir protagonista e corresponsável do seu cuidado. A proximidade com o serviço é um importante fator protetivo pois qualquer risco poderá ser percebido precocemente (BRASIL, 2006; FREITA; MORAES, 2011; ILOMÄKI et al., 2009; PRATTA; SANTOS, 2009).

Assim, as ações mais estratégicas do trabalho em saúde configuram-se em processos de intervenção que operam como tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, questão além dos saberes tecnológicos estruturados. O trabalho em saúde é sempre relacional porque depende de trabalho vivo em ato, sendo o elemento humano quem garantirá o caráter produtor do cuidado (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 2002).

Neste contexto, os profissionais da saúde devem estar mais sensibilizados para as questões relativas às drogas de um modo geral. Na prática os discursos de alguns profissionais ainda estão impregnados de preconceitos, em parte, em função do despreparo para lidar com o tema, mas também como forma de tornar invisível uma situação concreta, complexa e muito próxima de toda a sociedade (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 2002).

Pela complexidade desses fenômenos individuais e interpessoais as pesquisas com metodologias mistas parecem ser as mais apropriadas podendo identificar alvos para o estudo com dados qualitativos, principalmente em estudos sobre o beber feminino (FELIX; KEATING; MCCAMBRIDGE, 2015; NELSON; TABERRER, 2015).

Como a ciência fragmentou-se em áreas de conhecimento fragmentaram-se também seus métodos de pesquisa. Ao se pretender estudar a variabilidade do comportamento, os estados subjetivos das interações individuais e coletivas, uma abordagem metodológica terá que responder a todas estas variáveis da realidade a ser observada. Nesse caso as metodologias individualizadas, por si só, muitas vezes se mostrarão insuficientes. Deste modo, usou-se a triangulação de métodos de pesquisa que é uma proposta de diálogo entre áreas distintas de conhecimento a fim de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática, agregando dessa forma, os múltiplos pontos de vista, de formulações teóricas diversas, assim como, a visão de mundo das participantes da pesquisa. Esse esforço exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto (BRYMAN, 2004; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; NELSON; TABERRER, 2015).

Aqui tratou-se de compreender os discursos e as condutas convividas pelas mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, diante do uso e do abuso de bebidas alcoólicas. Uma compreensão do desenvolvimento da trajetória do consumo de bebidas alcoólicas das mulheres pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais resolutivas.

6.3 O GRITO DO BEBER FEMININO: PRESENTE

Tentando integrar o olhar dos resultados obtidos nesta tese, que considerou uma abordagem metodológica que valoriza os além da avaliação dos padrões de consumo de álcool exclusivamente em mulheres, adotou-se as abordagens quantitativa e qualitativa, no sentido complementar, pela possibilidade de aprofundamento pela a ótica do sujeito social. Tal condição permite compreender de forma abrangente as dificuldades que ultrapassam a questão de cuidado em saúde para superar o problema, em síntese o grito do beber feminino, presente nos tempos atuais.

Assim, concorda-se com Minayo (2006, p.22): “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”, o número restrito de sujeitos não compromete a validade do material coletado.

A abordagem quantitativa possibilitou mensurar os padrões de risco no consumo de álcool em 864 mulheres por faixa etária, religião, escolaridade, trabalho, entre outros cadastrada nas Unidades de Saúde da Família no Município estudado. Um dos achados apontou números bastante preocupante a detecção das mulheres estudadas de todas as faixas etária e notoriamente mulheres jovens fazem o uso abusivo de bebidas alcoólicas e que esse consumo já gerou danos em sua vida social, mental e biológica. Além disso sem nenhuma orientação da área de saúde.

Frente crescente consumo de bebidas alcoólicas entre a população feminina é de fundamental importância que o rastreamento, com detecção do beber feminino, seja realizado, de forma sistemática, para que se possa reduzir as consequências e problemas decorrentes do álcool, tanto em âmbito nacional quanto municipal. Neste aspecto é importante detectar precocemente comportamentos de risco.

Para melhor identificar o padrão de consumo de álcool na população em geral, em especial em mulheres, sugerimos o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso

do Álcool (AUDIT) tem sido destacado nos estudos da área. É indicado tanto pela OMS e quanto pelo Ministério da Saúde Brasileira aplicação do AUDIT como estratégia de detecção dos padrões de uso em risco, ser usados pelos os profissionais de saúde na Atenção Básica à Saúde em sua rotina de trabalho.

Vale citar que o uso problemático de bebidas alcoólicas é um dos quatro principais fatores de risco às doenças não transmissíveis que são susceptíveis de modificação e prevenção (BRASIL,2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Por meio da abordagem qualitativa, foi possível identificar os discursos e as condutas de mulheres classificadas em padrões de riscos diante do beber feminino. E adotamos uma análise das representações sociais que compõem os sistemas de interpretação social, possibilitando, aos participantes, formularem uma compreensão sobre a experiência vivida, orientando suas práticas sociais. Ora, as Marias entrevistadas, quando falam do uso álcool, mobilizam um conjunto de representações fundamentais para a compreensão das maneiras de beber, do uso considerado abusivo de álcool e de seus efeitos diante da vida e da saúde.

Nesta linha de pensamentos observamos que os motivos que levaram as participantes ao uso do álcool estão relacionados à busca do prazer, tendo sido este o dado que foi mais representativo. O discurso das mulheres deixa claro que a sociedade, com seus valores e normas, rege o comportamento do sujeito frente ao uso do álcool. É notório que a crença de que a bebida alcoólica não é droga, contribui para o estímulo e incentivo do consumo desta substância, foi o discurso das participantes. Elas se sentem festiva e consomem bebidas alcoólicas em público, junto com seus familiares e amigas. Os legitimem que o aumento do uso de álcool, entre as mulheres, está ligado as alterações de seu papel social, à medida que a censura social frente à embriaguez da mulher vai diminuindo e se aproximam os hábitos de beber entre os sexos.

Nesta pesquisa foram observados o emprego das estratégias de Redução de Danos no uso de bebidas alcoólicas vivenciadas pelas participantes estudadas mesmo sem conhecimento destas estratégias. Foi enfatizada pela participante classificada de baixo risco que fazia a ingestão de bebida alcoólica em gole em vez de tomar numa única vez. E uma participante classificada de médio risco declarou que realizava atividades físicas diária em academia no qual fez diminuiu bastante o consumo de bebidas alcoólicas. São estratégias de Redução de Danos que reduzem a chance de fazer o consumo abusivo de álcool.

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

A literatura indica diferente inclusão de estratégias de Redução de Danos diante o uso do álcool tais como: entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança nas ocasiões em que estão previstos o consumo de álcool; realizar atividades físicas; evitar locais e pessoas que estimula o consumo, beber em gole, não beber durante a gravidez, comer antes de beber, beber sempre água no meio do consumo, entre outras estratégias (COMTE et al.,2004). Nesta perspectiva o conceito de Redução de Danos, bem articulado com o de educação para a autonomia, com a formulação de estratégias educativa.

Esses achados dialogam com o cuidado guiado pelas ações de Redução de Danos que buscam valorizar e pôr em ação estratégias de proteção e de cuidado, por isso é entendida como prevenção e tratamento, oferecendo informações sobre os riscos e danos associados ao uso, além, de fornecer conhecimentos sobre práticas seguras, saúde, cidadania e direitos para que as pessoas possam ter uma mudança de atitude diante de sua situação. Vale salientar que a Redução de Danos é muito mais do que uma alternativa à abstinência no cuidado do uso, do abuso ou da dependência química, trata-se de uma forma de manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Assim, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. A ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável (COMTE et al.,2004). Centra-se, portanto, no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade).

Em síntese, adotar estratégia da Redução de Danos pressupõe que suportemos a ideia de vivermos fora do campo dos ideais, encontrando formas alternativas de diminuir prejuízos maiores que possam ser gerados a partir de um único problema. As ações de Redução de Danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar os danos e os prejuízos adversos do uso de drogas (COMTE et al.,2004). Porque, a Redução de Danos simplesmente reconhece e aceita que o uso de bebidas alcoólicas ou de outras drogas, sempre existiu e sempre existirá. Portanto, a importância do fortalecimento de cuidado orientado pelos princípios de Redução de Danos na Assistência Integral a Saúde da Mulher diante do beber feminino.

Em outro achado, foi observado desconhecimento de que o álcool é uma droga psicotrópica, nas falas das participantes. De tal modo, tornou-se visível entre elas um conhecimento do senso comum sobre o álcool. Pois, em nenhum momento da pesquisa tanto

na aplicação do teste AUDIT e quanto na aplicação das entrevistas foram registrados pelas as pesquisadoras em campo que as participantes se referiram ao álcool como “droga”. E foram enfatizadas nas falas das entrevistadas classificadas nas zonas de risco afirmaram que nunca usaram drogas nas vidas delas. Apesar de reconhecerem que o uso e abuso dessa substância pode levar a pessoa a perder a consciência e/ou o próprio controle, o termo droga não foi utilizado.

Esse achado indicou para o processo de ancoragem na elaboração das representações sociais do álcool, é amparado pelos estudos de Moscovici (2001) e Santos (2005) na definição de ancoragem como um processo que descreve a constituição de uma rede de significações e a orientação das conexões em torno do objeto e o meio social. Ancorar quer dizer classificar, denominar, hierarquizar, dar valores positivos ou negativos ao objeto que está sendo representado, comparando-o com modelos retidos na memória dos indivíduos.

Neste contexto, o álcool foi ancorado de forma excepcionalmente classificado como não droga. Pois, envolve legalidade, comercialização, cultura, socialização, fator relaxante, prazer, e hoje em dia tem persistido esse pensamento não só das participantes, mais da nossa sociedade e de alguns profissionais de saúde tornando complicado gerar mudança dessa visão.

Moscovici (2003) esclarece que as representações se encontram no universo consensual que se constitui no cotidiano, nas interações sociais, nas conversações entre os sujeitos que podem falar o que quiserem sobre qualquer assunto, podendo, assim, conhecer a realidade que os circunda. Para ele;

[...] pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos colocam. Nas ruas, nos bares escritórios, hospitais, laboratórios, etc., as pessoas analisam, comentam, formulam “filosofias” espontâneas, não oficiais, que têm um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas (MOSCOVICI, 2003, p. 45).

Segundo Carlini-Cotrim (1998, p. 22), “do ponto de vista universo reificado, drogas são aquelas substâncias que possuem a capacidade de alterar nosso estado de consciência, nossa percepção”. As participantes de nossa pesquisa possivelmente não conhecem essa definição; provavelmente não porque sejam mal informadas, mas porque, como todo o restante da sociedade, recebem informações distorcidas sobre o álcool e seus malefícios. O fato de o álcool ser considerado uma droga lícita não diminui os danos de sua ação no organismo humano. Ser

considerado lícito ou ilícito relaciona-se, apenas, a abordagem que a sociedade destina às drogas em determinado momento histórico.

Foram observados nos depoimentos de todas as participantes desta pesquisa falaram sobre o uso do álcool sem constrangimento e declararam que fazem o consumo em público junto de pessoas conhecidas. Atualmente as mulheres assumiram novos papéis tanto na esfera social quanto na esfera familiar, as mulheres foram em busca de igualdade e liberdade e, a partir disso, hábitos e comportamentos considerados exclusivamente masculinos passaram a ser adotados por elas, inclusive, os hábitos de consumir abusivamente bebida alcoólica.

Todavia, o consumo de álcool entre a população feminina já existia em épocas passadas, mas era disfarçada, ou seja, feito às escondidas, porque uma mulher que apresentasse tais condutas não era bem vista pela sociedade brasileira e outras sociedades.

Isso acontecia pela própria condição imposta a elas pela sociedade daquele período. Assim, o uso destas substâncias feito de forma oculta dificultou a mensuração e a avaliação real do problema no passado (ALVES, 2001; CAMPOS; REIS, 2010).

A invisibilidade desta problemática na atenção à saúde das mulheres, observou-se pela falta de informações sobre o beber abusivo e seus possíveis danos e prejuízos na vida e na saúde, do reconhecimento do álcool como droga psicotrópica, tanto pelas próprias mulheres pesquisadas, quanto pelos profissionais de saúde. Atualmente o consumo abusivo de álcool entre as pessoas é considerado um problema de saúde pública, deve ser abordado na atenção básica à saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2018) e o Ministério de Saúde (2011).

Deste modo, os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Saúde da Família, muito pouco têm feito em relação aos cuidados voltados ao consumo de bebidas alcoólicas e às possíveis consequências de doenças orgânicas associadas a este consumo, em especial ao gênero feminino. Devido ao fato de se tratar de uma questão relacionada a substância lícita, com seu uso aceito e até incentivado pela sociedade e a própria resistência ou desconhecimento do profissional de saúde em lidar com essa demanda.

Esse achado deste estudo é apoiado pelos os estudos de Ronzani e Furtado (2010) e Peltzer, et al., (2012) declaram que realmente é fato, os profissionais de saúde têm aversão, preconceito e conseqüentemente dificuldade em lidar com os usuários que fazem o consumo de álcool ou outras drogas que são acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde, isso ocorre em diversos países inclusive o Brasil.

O achado do uso abusivo de álcool das participantes, 39,3% (143) das participantes alegaram que bebe 10 ou mais doses de álcool em uma única ocasião. Destas 9% (13) encontravam no baixo risco, 53% (76) no médio risco e 38% (54) em alto risco (Tabela 9). Nos relatos das Marias entrevistada foram observados que as mesmas não fazem associação como consumo abusivo, justificando que só bebem no final de semana quem bebem abusivamente são os homens porquê esse consumo é diário. E que elas gostam de beber o conhaque, o vinho, a cachaça e a cerveja.

Vale citar que atualmente existem vários tipos de bebidas alcoólicas, porém, as bebidas consumidas abusivamente (*bingedrinking*) são as bebidas que contem alto teor alcoólico tanto pelos homens quanto pelas mulheres. Sugerindo que o consumo das bebidas se dá em virtude de seu baixo preço de venda, tornando as bebidas destiladas, muito comum entre os brasileiros. Já para Oliveira et al. (2012), a bebida mais consumida entre as mulheres são as fermentadas (cervejas e vinho) em seguidas as destiladas (cachaça).

A elevada prevalência de consumo *bingedrinking* é corroborado pela literatura nacional e internacional (CARLINI et al., 2007; WEBB et al., 2005; WILSNACK R. W.; WILSNACK S. C.; WILSNACK S. C; OBOT, I. S. 2005). A diferença nos critérios metodológicos utilizados pode explicar as variações nas taxas de prevalência, que vão de 92% na Ucrânia a 8,8% em Israel, para os homens, e de 38,6% na Suíça a 3,0% em Israel, para as mulheres. Os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil apontaram que 60,0% dos homens e 33,0% das mulheres consumiram no padrão *bingedrinking*, no último ano (CARLINI et al., 2007).

Os achados das mulheres classificadas em padrões de risco pelo consumo de álcool, indicaram uma prevalência de 9,1% que declararam que já houve consequências em sua vida recente e 6,9% declararam que houve consequências em momento anterior, ou seja, não sucedeu nos últimos dos 12 meses (Tabela 16). As consequências descritas nas falas das Marias classificadas em zona de médio risco e na zona de alto risco foram: apagões, quedas, tontura, pancreatite aguda, tensões no ciclo menstrual, problema de fertilidade, ansiedade e sexo desprotegido. E também, revelaram que começaram a beberem ainda na adolescência e na infância. Identificamos ainda nos depoimentos das Marias entrevistadas que as mesmas e a equipe da Unidade de Saúde não fazem conexões das consequências e dos prejuízos causados pelo o consumo de bebidas alcoólicas em sua saúde.

Esses achados das consequências encontradas do beber feminino das participantes é corroborado pelos os estudos de Monteiro et al., (2011)) indicando que o uso abusivo do álcool

pode ocasionar alguns tipos de danos e de alterações biológicas, tais como relações sexuais de modo desprotegido e a síndrome pré-menstrual, mais conhecida com TPM e problema de fertilidade. E os mesmos autores sugerem que os fatores sociais e culturais exercem forte influência sobre o padrão e grau de ingestão de álcool pelas mulheres, potencializando ainda mais sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas decorrentes do consumo.

Os estudos de Pillon et al., (2014) apontaram que os profissionais de saúde têm dificuldade de identificar os problemas relacionados ao consumo de álcool ao gênero feminino. E que os problemas clínicos relatados por estas mulheres não são reconhecidos como sintomas secundários ao abuso de álcool. Por essa razão, é necessário atentar para o universo feminino, quanto ao uso de bebidas alcoólicas, incluindo o padrão de consumo e a identificação de fatores que aumentem sua vulnerabilidade, aspectos esses considerados primordiais para a prevenção de riscos e redução de danos advindos do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nessa população.

Podemos pensar que as mulheres usuárias de álcool ou outras drogas são estigmatizadas pelo preconceito social que lhes são impostos e permanecem no anonimato, gerando a exclusão nos sistemas de saúde e social vigentes.

Estes dados dialogam com achados do universo científico, que destacam a preocupação sobre os danos e prejuízos gerados pelo o consumo de bebidas alcoólicas na saúde das mulheres (FERNÁNDEZ, et al., 2018), que utilizando uma revisão sistemática com meta-análise avaliaram o papel do álcool na ocorrência da síndrome pré-menstrual (SPM) que consiste em uma série de sintomas físicos e emocionais recorrentes, incluindo alterações de humor, mamas sensíveis, desejo por comida, fadiga, irritabilidade e depressão, durante a fase lútea do ciclo menstrual.

Os autores observaram que a gravidade da síndrome pré-menstrual (SPM) varia de mulher para mulher o consumo de álcool esteve associado a um aumento moderado em risco de SPM (OR = 1,45, 95% CI: 1,17-1,79). Observaram ainda, que o beber abusivo causa um aumento maior no risco de SPM independente do tipo de bebida (OR = 1,79, IC 95%: 1,39 a 2,32). Esses dados são importantes, uma vez que a prevalência mundial do consumo de álcool entre as mulheres não é desprezível (FERNÁNDEZ, et al,2018).

Em nosso achado, 6,3% das participantes bebem abusivamente (Tabela 5), prevalência semelhante ao estudo de Fernández, et al, (2018) que foi de 5,7%. Houve semelhança compatível ainda, entre o estudo de Fernández (2018) e as falas das Marias classificadas em

padrão de risco médio e de alto, que declararam que sentem tensão pré-menstrual todos os meses e que ficam bastante irritadas sem motivos.

Outras pesquisas sobre as possíveis consequências do beber feminino realizados por Simeão et al. (2013), Souza et al. (2013) e Segri et al. (2011), acenaram uma associação positiva entre a ingestão de álcool e câncer de mama. A ingestão de álcool é um fator de risco considerável, pois estudos demonstraram que, mesmo o uso moderado, aumenta os níveis de estrogênio endógeno e que pode provocar alterações nas células mamárias, transformando-as em tumores malignos, tornando-se, portanto, um mecanismo potencial para o risco de câncer de mama entre as mulheres (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013). Neste contexto, os profissionais de saúde devem estar atentos em desenvolver o novo olhar sobre o beber feminino e suas consequências na saúde das mulheres. Por conseguinte, na Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Concordamos com Fortney et al., (2005) que os problemas ocasionados pelo consumo de álcool não se restringem unicamente aos que são provocados nos chamados dependentes. Muitas pessoas que bebem ocasionalmente de forma abusiva, inclusive as mulheres, não podem ser rotuladas como alcoólatras, entretanto, essa forma de beber pode trazer consequências para a saúde, ocasionar acidentes de trânsito, provocar prática de riscos, comportamentos agressivos e outras formas de prejuízos não somente a elas igualmente para a sociedade. Ao não haver reconhecimento do problema, seja pelas participantes e a referência que fizeram do não reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, tal risco aumenta, expondo as mulheres a diferentes agravos, inclusive a violência de gênero.

Podemos afirmar que o beber feminino permanece a margem no olhar dos profissionais de saúde. Como se pode constatar, o consumo problemático de bebidas alcoólicas já faz parte da realidade da vida dessas mulheres, sendo, portanto, necessária a construção de estratégias de enfrentamento de tal situação com intuito de controlar os possíveis danos que essa droga pode causar em suas vidas.

A invisibilidade do beber feminino em nossa pesquisa não é um fenômeno novo, um exemplo foi a pesquisa realizadas por Simão, Kerr-Correa e Dalben (2002) na qual averiguaram que o consumo de bebidas alcoólicas em mulheres em atendimento hospitalar, não era observado. Também verificaram que o beber feminino era ignorado entre 30% a 93% das pacientes internadas por causas clínicas, porém que relataram fazer uso e abuso de álcool, e constataram a negligência dos profissionais de saúde em não levar em consideração essa

informação. As autoras fazem um alerta para a necessidade de estudos específicos para a população feminina sobre uso de álcool e suas consequências

O consumo de bebidas alcoólicas é considerado um dos hábitos mais antigos e permanece até hoje, e bem difundidos entre as populações. Cada vez mais, tais acontecimentos vêm crescendo em nossa sociedade, e as pesquisas sugerem, sem distinção de classe social, etnia, gênero ou escolaridade (MEZZARROBA,2006). Em nossos achados as mulheres classificadas em padrão de risco apontaram para diferentes níveis de formações escolares, com nível superior, nível médio e predominantemente com o nível fundamental. Também, apresentaram distintos estados civil, (solteiras, separadas e casadas). Em sua maioria não trabalharam e quanto tem emprego o trabalho é informal.

No tocante a discussão do cuidado em saúde mental na Assistência Integral à Saúde da Mulher, o MS reforça criação nos municípios de uma Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Advertirmos que o município do Recife especificamente o DSIV onde a pesquisa foi realizada conta com uma Rede de Atenção Psicossocial-RAPS estruturada (RECIFE,2014). Na pratica observamos que essa rede pouco ou nada se faz diante o beber feminino tais como ações educativas, preventivas, tratamento e encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) caso necessário.

Nos achados desta pesquisa apontaram que as participantes classificadas em qualquer padrão de risco diante do uso de álcool, revelaram que não tiveram nenhuma orientação sobre o beber feminino das equipes da ESF. Esse achado é amparado nos estudos de Silva e Lyra (2013) no qual apontaram que mulheres com o diagnóstico de alcoolismo buscaram tratamento no CAPS-ad espontaneamente sem nenhum encaminhamento ou apoio de suas Unidades da Saúde da Família.

A Rede de Atenção Psicossocial, prioriza um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção básica à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população. Para formar essa rede, os mais variados recursos são necessários, envolvendo os afetivos, familiares, serviços de saúde, moradia, escola, esporte, econômico, cultural, religioso e de lazer (BRASIL, 2011).

Vale mencionar toda essa transformação de cuidado e promoção a saúde iniciou na Reforma Psiquiátrica concomitantemente na Reforma Sanitária, momento de efervescência das lutas dos movimentos sociais em prol da garantia dos direitos sociais. Os atores políticos envolvidos denunciaram as situações de violência, mortes e maus-tratos nos hospitais psiquiátricos. Esse contexto favoreceu a luta pela mudança do modelo asilar para o modelo substitutivo de cuidados em saúde mental com base territorial e na reinserção psicossocial.

Os estudos de Freitas e Moraes (2011) afirmaram que além do aumento do percentual de mulheres ingerindo abusivamente bebidas alcoólicas no Brasil, há escassez de campanhas educativas sobre o tema nos diferentes meios de comunicação, escolas e centros de saúde, e a falta de conhecimento básico sobre o assunto por várias mulheres e a negação ou desconhecimento dos profissionais de saúde em trabalhar com este fenômeno. Em nenhuma das entrevistas realizadas, foi mencionado qualquer ação de esclarecimento ou campanhas, voltadas para o beber, em particular o feminino.

Na presente pesquisa, ao menos uma das entrevistadas narrou que a sua médica negou que uso abusivo de álcool tenha repercussões para a saúde da mulher, sendo um problema exclusivo dos homens, como já citado anteriormente. Entretanto, o beber feminino apresenta implicações relevante na saúde na vida das mulheres, não sendo, porém, percebido nem pelas mulheres e nem pelos os profissionais de saúde. Porque, tanto para elas, quando para os profissionais de saúde esse problema só ocorre entre os homens, dificultando a detecção do padrão de risco no consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres, que deveria ser útil para sensibilizá-las e motivá-las a reduzirem ou cessarem esse uso (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Os nossos achados apontaram que 24% (204) mulheres foram classificadas na Zona I, ou seja, bebem com padrão de baixo risco e em sua maioria eram da faixa etária igual ou maior de 50 anos, que estão neste padrão de risco devem apenas ser orientadas sobre as consequências do consumo de risco (Tabela 5). E 11,9%(103) mulheres estão na Zonas II que corresponde médio risco e 6,3 (55) estão na Zonas III que corresponde alto risco diante o consumo de álcool predominantemente eram mulheres jovens da faixa etária entre 18 anos a 29 anos, sendo estes padrões considerado potencialmente danoso à saúde indicando para um cuidado terapêutico e se necessário encaminhamento ao CPS-ad. Essas entrevistadas declararam que iniciaram o consumo ainda na adolescência junto de seus familiares e uma única entrevistada declarou que começou a beber na sua infância, oferecida pelos próprios pais. Esses achados mostra o consumo de bebidas alcoólicas bastante precoce na vida destas mulheres.

A literatura denuncia que o consumo abusivo de álcool entre os jovens independe de gênero não é um fato atual no Brasil, o que não dispensa a preocupação e mobilização das autoridades educacionais e da saúde pública, dado as consequências deste consumo (BRASIL,2010; BRASIL,2017; LUCAS et al, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018; ROCHA, 2014).

Se considerarmos que este é um comportamento de risco e que é frequente entre mulheres jovens, o número encontrado de mulheres que fazem uso abusivo de álcool foi alto. Corroborado em trabalhos realizados com homens e mulheres percebe-se que a diferença do padrão de beber masculino e feminino vem diminuindo. Silva et al., (2006) afirmam que em sua pesquisa a variável sexo não mostrou relação com o uso de álcool, Lemos (2006), também considera que não há grandes diferenças no consumo entre os gêneros. Para Mardegam, et al. (2007) a discrepância não é tão acentuada para o uso de álcool, pois 93,1% dos homens relataram ter experimentado o álcool e 80,4% das mulheres também mencionaram o uso.

O universo estudado na presente pesquisa, foi de mulheres adscritas das 20 USF, sendo fundamental destacar que os achados não se contrapõem as pesquisas realizadas tanto internacionais e quando nacionais especificamente na atenção básica à saúde.

A Organização Mundial de Saúde estima que 20,0% dos usuários atendidos nestes serviços apresentam algum tipo de problema relacionado ao consumo de bebidas alcoólicas (AALTO; PEKURI; SEPPA,2002; BRASIL,2004; VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014). Em estudo realizado na África do Sul, de 4.900 usuários que faziam tratamento da tuberculose atendido na atenção básica, 23,2% faziam uso abusivo de álcool e 12,7 % preenchiam critério para dependência (PELTZER et al., 2012). Estudos realizados em países europeus para identificar o padrão de uso de álcool de usuários de serviços de atenção básica à saúde (ABS) encontraram prevalências entre 15,0 e 17,0% na Itália (AGABIO et al.,2006) 8% na França (GACHE et al.,2005) e 20% no Reino Unido (COULTON et al, 2006).

Entretanto, as poucas pesquisas realizadas no âmbito nacional da atenção básica à saúde, sugerem a presença em média de 22,0% a 30,0% de pessoas com problema relacionados ao álcool nestes serviços (RONZANI et al., 2007; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014). Como exemplo, a pesquisa realizada com uma amostra de 755 usuários de ambos sexos e maiores de 18 anos, atendidos em serviços de ABS da cidade de Bebedouro (SP). Para a investigação dos padrões de uso do álcool utilizou-se o AUDIT. Observou-se que 78,0% dos usuários eram abstinentes e 22,0% faziam uso problemático do álcool e eram desconhecidos pelos serviços, dos quais 13,0% dos homens e 7,0% mulheres

corresponderam ao consumo abusivo, com 2% uso de médio risco entre as mulheres (VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014).

Os achados de Vargas; Bittencourt e Barroso, (2014) são semelhantes aos nossos achados, nos quais ficaram evidentes que as equipes de saúde desconhecem a realidade do beber ao sexo feminino. Também a prevalência de 7% de mulheres com o consumo abusivo foi semelhante a encontrada no nosso estudo, que foi de 6,3% das mulheres. Entretanto, no que tange às consumidoras classificadas como de médio risco, os dados no nosso estudo foram bem superior, sendo de 11, 9% (Tabela 5), enquanto os autores encontraram uma prevalência de 2,0%.

Esta revisão permite algumas sugestões junto dos resultados obtido da pesquisa presente. De maneira geral as mulheres apresentam níveis mais baixos de consumo que os homens. Ainda assim, o consumo entre elas apresenta-se crescente, indicando, nos últimos anos, uma tendência para igualar o padrão de consumo entre homens e mulheres.

Enfatizamos que o uso abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres é mais frequente do que se imagina, no entanto, os casos não são integralmente divulgados, ficando na maioria das vezes o homem como consumidores abusivo do álcool. Podemos pensar que houve uma representação social em relação ao consumo de bebidas alcoólicas que foi classificado o uso e abuso de álcool ao gênero masculino ficando mais uma vez desigualdade entre os sexos. Ressalvamos que a Atenção Básica de Saúde no Brasil, é bancado principalmente pela Estratégia de Saúde da Família onde atingir a maior parte da população feminina, este seria o nível de atenção estratégico para aplicação do AUDIT e realização na intervenção breve, que podem ser utilizadas para a diminuição dos problemas associados ao consumo de álcool entre as usuárias destes serviços (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Em posse desses instrumentos de avaliação, os profissionais da saúde têm melhores possibilidades de detectar, prevenir e tratar os possíveis riscos aos quais as usuárias de álcool estão expostas, tanto na fase inicial quanto na fase tardia do consumo desta substância. A responsabilidade da identificação e do tratamento dessas mulheres é de vários profissionais da área da saúde, dentre eles médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas entre outros (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; TANAKA.; RIBEIRO, 2009).

Acordamos com Jodelet (2007) em defender a importância que as intervenções de saúde estejam associadas a cultura, vistas a partir das representações sociais, pois, possibilitam um

novo olhar aos profissionais de saúde promovendo a compreensão do processo de cuidado em saúde em reconhecer a maneira como os agentes sociais (usuárias) definem os contornos e a dimensão das demandas por cuidado, na mediação entre a sociedade e a saúde. Assim, poderá despertar no profissional a consciência de sua responsabilidade dentro dessa totalidade.

E além disso, são indispensáveis intervenções e políticas elaboradas para servir ao usuário de drogas, que acolham as necessidades particulares e comunitárias específicas. Assim, não permanece com definição universal ou fórmula prática esse modelo. Um possível significado seria o de um conjunto de estratégias práticas que tem por objetivo ir ao encontro da usuária para ajudá-la a prevenir, reduzir ou eliminar os possíveis danos decorrentes do beber feminino.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não se pode escrever nada com indiferença”
(Simone de Beauvoir)

Os relatos de vida apresentados neste estudo, fundamentado nas representações sociais, e na experiência profissional pela autora, corroborados pela literatura examinada, permitiram o início de um movimento de reflexão ampla e integral acerca da problemática que envolve os padrões de risco no consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres e o significado deste consumo na vida e na saúde das mesmas. Neste estudo adotamos o *Beber Feminino*. Embora não tenhamos levantamentos sobre o consumo de álcool específico para o gênero feminino, a literatura científica vem apontando, há mais de duas décadas, o crescente aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens e como vimos em alguns trabalhos, o aumento entre mulheres é verificado.

Nesta pesquisa a bebida alcoólica apresentou uma função ambígua. Ao mesmo tempo em que traz um aspecto de celebração da vida, descontração e prazer, por outro ângulo traz outro tipo de aspecto, como a dor, o sofrimento, a angústia, a tristeza e a exclusão. A literatura demonstra que o uso das bebidas alcoólicas está relacionado a fatores internos e externos aos sujeitos, revelando elementos positivos ou negativos a partir de uma dada referência. Por um lado, as bebidas alcoólicas têm sido utilizadas como estratégia para aliviar a tensão, diminuir a timidez e facilitar a aproximação entre as pessoas. Seu uso, nesse caso, pode ser entendido como um importante agente de socialização. Por outro lado, quando consumidas em quantidades excessivas, as bebidas alcoólicas podem produzir consequências negativas, como ressaca, culpa, problemas familiares, profissionais e de saúde

O uso do álcool pelas mulheres, por se tratar de uma droga lícita e aceita socialmente, é utilizado dentro da própria família em várias situações comemorativas, sendo visto pelas participantes como um comportamento normal. Assim, a sociedade aceita e até incentivam o uso do álcool como algo que promove o bem-estar e a interação social. Vale salientar que o consumo de bebidas alcoólicas funciona como um reflexo de um costume da sociedade introduzida passivamente no sujeito ao longo do tempo, aspecto este que pode influenciar na instauração do abuso ou da dependência, que se estabelece sorrateiramente.

Considerando o que foi visto no decorrer desta pesquisa, pode-se apontar como resposta ao problema apresentado, o beber feminino abusivo, apresentaram explicações relacionado aos

fatores psicossociais. Observamos que tanto os problemas de relacionamentos conflitantes (separação conjugal, decepção e tristeza) quanto as festas culturais levaram a beber em excesso.

É preciso fazer referência, à mudança do papel e de algumas conquistas de direitos da mulher na sociedade. As situações de uso do álcool ocorreram em ambiente público, o que pode ser relacionado à mudança de papel das mulheres perante a sociedade. O que faz refletir sobre a importância do setor saúde, no desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde integral das mulheres que incluam a sensibilização do público para esta problemática. O que desde já pode ser vislumbrado é que estratégias de enfrentamento do preconceito deverão estar contidas na formulação e execução de políticas, programas e ações voltados a esse público. No entanto, o uso abusivo de álcool entre as mulheres ainda é julgado moralmente, com preconceito e estigma, por parte da sociedade em geral, da própria mulher e de alguns profissionais de saúde.

Dentre outros problemas causados pelo beber abusivo, identificou-se a ocorrência de apagões, quedas e até pancreatite aguda. Nesse sentido, acredita-se que seja de extrema importância a realização e implementação de programas educativos junto as mulheres, alertando-as a respeito dos limites de consumo de baixo risco, dos problemas que podem ser causados pelo abuso e de sugestões para, caso queiram continuar consumindo bebidas alcoólicas, que o façam com responsabilidade.

Nesta perspectiva é indispensável um cuidado guiado pelos princípios de Redução de Danos tanto para os homens quanto para as mulheres, que inclui ações no campo da saúde pública e de políticas públicas que visam prevenir os danos antes que eles aconteçam, ou seja, como uma ferramenta para melhorar a saúde integral das pessoas, abordando o fenômeno Drogas de maneira mais realista, sem julgamentos de valor.

Em conformidade à consideração científica do consumo abusivo, as complicações físicas mais frequentes são hemorragia gastrointestinal, pancreatite aguda, cirrose hepática, prejuízo cognitivo, hipertensão e desnutrição. O beber abusivo ou a dependência é ainda associado com a inibição de ovulação, infertilidade, menopausa precoce e diversos problemas ginecológicos e obstétricos. Nos achados desta pesquisa apontaram para essa problemática na saúde das entrevistadas classificadas em médio risco e de alto risco. E ainda mais: parece existir, além da urgência de se desenvolverem estratégias de sensibilização das mulheres ao tratamento, algum tipo de trilha a ser cursada no âmbito da dinâmica do sofrimento das mesmas.

Advertimos, que a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em vigor, instituída através do decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 que aprovou o fim da lógica de Redução de Danos,

priorizando a abstinência dos usuários que fazem uso das drogas (BRASIL, 2019). De tal modo, que podemos alegar com a deliberação desta política, sobretudo tratando do beber feminino, que é tão censurado e até invisível, pode gerar mais danos e obstáculos no enfrentamento desta problemática. É de fato um retrocesso, indo na contramão da lógica de Redução de Danos já instituída na maioria das nações desenvolvidas ao redor do mundo.

Todos estes achados da pesquisa ratificam a tese de que o beber feminino passa ao largo da atenção dos profissionais de saúde, tanto nos serviços de Atenção Básica como nos de maior complexidade de caráter generalista. Avaliando a realidade identificada dos relatos apresentados, percebemos, sem grandes dificuldades, a insuficiência e/ou ineficácia de suporte Institucional para absorver esta demanda que carece de ajuda e de cuidado.

Estes achados refletem a necessidade urgente de desenvolver políticas públicas voltadas para prevenção e promoção a saúde, não só para as mulheres que bebem, mas também desenvolver ações de qualificação e formação permanente de profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família oferecendo ferramentas para cuidado na atenção integral à saúde da mulher.

Diante disso, não basta somente olhar os sintomas físicos e psíquicos do uso de substâncias e sim identificar as consequências e circunstâncias que levaram ao mesmo, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que a partir daí possa ser oferecido outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de conduta em relação à questão do beber feminino.

Por este motivo, pensamos ser necessário repensar o Modelo de Assistência à Saúde vigente, onde o profissional esteja capacitado para reconhecer as singularidades das mulheres que bebem, intervindo de forma humanizada, respeitando, compreendendo e descobrindo verdadeiras carências.

Para isto o profissional deve se apropriar de conhecimento necessário, quer seja, aprofundar-se nas questões que envolvem o gênero feminino, dentro da perspectiva do atual contexto socioeconômico e cultural. Só assim, poder-se-á dizer que se dispõe de uma assistência integral de saúde a esta mulher. Reconhece-se, dessa forma, que é necessário investir em novos princípios de pensamentos, possibilitando o acesso ao espaço das representações, dos significados, de novas possibilidades de interação interpessoais e de reconhecimento do mundo. Esse novo olhar exige que a habilidade profissional no campo da saúde passe a abranger a

capacidade de observar e de ouvir, reelaboração de conceitos, descrições e taxonomias, a partir dos discursos, das crenças e dos gestos.

Neste contexto há um potencial de ações preventivas a serem explorados. O desafio é construir caminhos para transformar o potencial em ações efetivas: não só oferecer alternativas de intervenção para os casos relacionados ao abuso de álcool, mas também propiciar aos trabalhadores da saúde sensibilidade para detectá-los precocemente e conhecimento suficiente para dar a eles o direcionamento adequado.

Portanto, reforçamos da necessidade dos profissionais de saúde em efetivar um planejamento das ações educativas a serem desenvolvidas e executadas pela equipe de saúde. É importante que se busque conhecer o que as pessoas (público-alvo) sabem a respeito de assunto que desejamos abordar, para que se possa então utilizar a educação em saúde e a estratégia de redução de danos e riscos como ferramenta adequada de prevenção, promoção e reabilitação através de mensagens passíveis de entendimento, considerando fatores como ambiente, cultura, família, gênero na abordagem e o nível de interesse do universo feminino.

Como também é fundamental que os profissionais de saúde que atuam no cuidado da saúde das mulheres tenham um olhar atualizado do significado do pensar e do lidar destas mulheres sobre o beber feminino.

No conjunto de informações obtidos de todas as participantes desta investigação, as bebidas alcoólicas estão essencialmente associadas às festas, à diversão, ao relaxamento, e apresentam, portanto, um caráter socializador. Os locais e as situações para o beber são coletivos, mas as principais consequências advindas do consumo são individuais, ficando o próprio sujeito responsabilizado por seu ato de beber.

Destacamos que, quanto mais cedo forem detectados os padrões de risco relacionado ao uso de álcool, maiores serão as chances de reduzir os danos e os riscos na saúde de quaisquer pessoas. De tal modo, é necessário incentivar e investir em educação permanente nos profissionais de saúde em seu processo de aprendizagem que pode ser uma das alternativas produtiva diante desta problemática.

É fundamental, de uma vez por todas, deixar de lado esta prática que ainda se norteia pelo modelo cartesiano (biomédico) de cuidar. Precisamos adotar uma prática voltada à concepção holística do cuidar; considerando o indivíduo enquanto mente, corpo e espírito. Não há aqui conotação religiosa, mas compreensiva do Ser, em toda a sua plenitude.

Com relação à promoção na saúde da mulher pensamos que, antes de mais nada, devemos repensar nossa forma de atuar, junto a esta população. Devemos adotar uma postura mais “sintonizada”, “alerta”, ou seja, desenvolver o hábito de uma escuta atenta, terapêutica com o objetivo de identificar a real demanda de necessidades das mulheres que apresenta problemas com o uso abusivo de bebidas alcoólicas, identificando o problema e planejando uma assistência interdisciplinar e holística.

As representações do beber feminino, que circulam no tecido social e que incluem uma invisibilização da questão como um problema de saúde pública, podem ter um efeito iatrogênico: a intolerância, a condenação e a exclusão contribuem para a depreciação das mulheres que consume bebidas alcoólicas, e afastando-as das [ou retardando as] possibilidades de enfrentamento e superação dos desafios que se estabelecem na vida social e na saúde.

Em outras palavras, somente acrescentam prejuízos maiores que o próprio consumo das bebidas alcoólicas. Assim, detecção precoce do consumo de álcool permite a realização de intervenções que visem tanto a prevenção quanto a terapêutica. Analisando os resultados, é fundamental que o profissional de saúde que atuam na atenção básica a saúde especificamente na ESF tenha conhecimento do padrão de consumo de álcool das usuárias pertencentes à unidade de saúde e as compreenda no contexto que ela está inserida, permitindo a ela trabalhar no âmbito da prevenção ao uso de álcool.

Assim, sugerimos realizações de intervenções preventivas e educativas, no qual possa ajudar as mulheres a reduzir o uso de risco diante do consumo de bebidas alcoólicas, tendo inclusive a vantagem de serem utilizadas por profissionais de vários níveis e especificamente aos profissionais que atuam no Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher.

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

Se pretendermos atuar com resolutividade, é importante que valorizemos todas as informações que pudermos obter de nossa clientela. Se queremos conhecer a vivência e experiência que uma pessoa teve ou tem de um fato ou acontecimento, nada melhor do que ouvirmos seu depoimento.

Enfim, neste panorama desabrocha para cuidado preventivo em torno do uso de álcool na saúde das mulheres. Além das relações estabelecidas nesse estudo, entende-se que outros

fatores culturais e econômico podem influenciar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e, portanto, sugere-se a realização de estudos futuros que visem estabelecer o perfil de consumo de bebidas alcoólicas nas diferentes populações feminina e insiram esse tipo de variáveis em protocolo com intuito de ampliar o conhecimento na área. E aprofundamento de estudo em compreender as ações socialmente construídas nos acompanhamentos terapêuticas diante desta problemática no universo feminino.

REFERÊNCIAS

- AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPÄ, K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. **Drug and alcohol dependence, Addiction**, n. 66, p. 39–43, 2002.
- AASLAND, O. G.; NYGAARD, P.; NILSEN, P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. A historical overview with special attention to the WHO initiatives. **Nordic studies on alcohol and drugs**, Helsinki, v.25, n.6, p. 469-476,2008.
- ABREU, Â. M. M. *et al.* Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 291-295, 2012.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-37
- AGABIO, R et al. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. **Alcohol Alcohol**, Sardenha, v. 41. n. 3, p. 41-344, 2006.
- ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Determinantes sociais e padrão de consumo de álcool na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p. 45-54, 2004.
- ALVES, J. A. L. **Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências**. Brasília: IBRI, 2001.
- ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v.10, n.20, 2006, p.299-316.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.375-417.
- AMARAL, M. B.; RONZANI, T. M.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: an experience in Brazil. **Drug and alcohol review**, UNIFESP, 29, p. 162-168, 2010.
- AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE, ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,2007.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. S. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.

ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009.

ANDRADE, T. M. R.; RAMOS, S. P. Fatores de proteção e de risco associados ao início do uso de cannabis: revisão sistemática. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.7, n. 2, p. 98-106, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-131, 2002.

ASSIS, L. P. S. Da cachaça a libertação mudanças nos hábitos de beber do povo Dâw no alto Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira-AM. **Revista Antropos**, Manaus, v. 1, n. 1, p 319-333, 2007.

BABOR T. F.; HIGGINS-BIDDLE, JC. **Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool**: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BABOR, T. H. et al. **AUDIT - Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2008.

BARBOSA, A. C. et al. **Uso excessivo de álcool**: patologia e suas influências na família e na sociedade. 2011. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0494_0594_01.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

BALAN, T. G.; CAMPOS, C. J. G. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista. **Revista Eletrônica de Saúde Mental e Drogas (Smad)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 abr. 2015.

BARROS, M. B. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, F.; CORBO, A. M. A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p.51-67.

BAUER, M. A popularização da ciência como imunização cultural: a função de resistência das Representações Sociais. In: P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Org.), **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 229-257.

BAUER, J. **O Alcoolismo e as mulheres**: Contexto e Psicologia. São Paulo: Cultrix, 2004.

BERRIDGE, V.; HERRING, R.; THOM, B. Binge Drinking: A Confused Concept and its Contemporary History. **Social History of Medicine**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 597-607, 2009.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília. v. 28, n.3, p. 632-645,2008.

BLUME, S.B.; ZILBERMAN, M.L.; TAVARES, H. **Substance use, abuse, and dependence in adolescent girls**. In: Romans S, Seeman MV. Women's mental health: a life cycle approach. Baltimore: Lippincott, Williams, Wilkins, Philadelphia: p.133- 45.2005.

BORTOLUZZI MC, et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciencia Saude Coletiva**, São Paulo v.15, n.3, p.679-685,2010

BOTTI, N. C. L; LIMA, A. F. D; SIMÕES, W. M. B. Uso de Substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. **SMAD -Revista. Eletrônica de saúde mental, álcool e outras drogas**. São Paulo, v. 6; n1. 2010. Disponível: epsc.bvsalud.org/scielo.php?pid=1806697620100001&script=sci_issuetoc Acesso em: 09 Abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, 1984.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2003. 106p.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

_____. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. (Cadernos de Atenção Básica, 1).

_____. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. **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. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 20 maio 2017.

_____. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental ... Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudementa

_____. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2017.

_____. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** O presidente da república, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea “a”, da Constituição e tendo em vista o disposto na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, decreta: Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/.../2019/Decreto/D9761.htm>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRYMAN, A. **Quantity and quality in social research.** New York: Taylor & Francis elibrary, 2004.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. **Um ensaio sobre a (in) definição da integralidade.** In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/ABRASCO; 2003, p. 35-44.

CAMPOS, E. A.; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência na cidade de São Paulo – Brasil. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 539-550, 2010.

CAMPOS, G. V. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n.2, p. 399-407, 2007.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001.

CARLINI EA, et al, II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, CEBRID, UNIFESP, 445p. 2007.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na Escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J.G. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas.** São Paulo: Summus, 1998. p.19-30.

CASTRO, M. I. P. Do prazer à dependência. **Toxicodependências**, Lisboa ,10(3), 49-56,2004.

CÉSAR BAL. O beber feminino: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. **Caderno Saúde Coletiva.** Rio de janeiro, v.14, n.4, p.583-834,2006.

CEYLAN-ISIK AF, MCBRIDE SM, REN J. Sex difference in alcoholism: Who is at a greater risk for development of alcoholic complication? *Life Sci.* v. 87, n.5-6 p.133-138.2010
CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Décima Revisão. Versão 2008. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Acesso em 23jan. 2010.

CHERMACK, S. T.; BOOTH, B. M.; CURRAN, G. M. Gender differences in correlates of recent physical assault among untreated rural and urban at-risk drinkers: Role of depression. **Violence and Victims**, New York, v. 21, n. 1, p. 67-80, 2006.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerreiro (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**, São Paulo: Hucitec, 2008.p. 96-131.

COELHO, S.; FRANCO, Y. P. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.

COOLING, A.M. Gênero e História: um diálogo possível? **Revista Contexto e Educação**, Rio Grande do Sul. Editora Unijuí, ano 19. nº 71/72. 2004.

COMTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.

COULTON S, DRUMMOND C, JAMES D, GODFREY C, BLAND JM, PARROTT S, PETERS T. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ*, University of York, v. 4, n.51 p.1-7, 2006.

CORALINA, C. **Vintém de Cobre**: meias confissões de Aninha. Goiânia: Ed. da Universidade de Goiânia, 1987.

CORRIGAN, P. W. et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. **Psychiatric Services**, Washingtonv.56, n.5, p. 544-550, 2005.

COSTA AM, GUIMARÃES MCL. **Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres**. São Paulo (SP): Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000, 64p.

COSTA, D. F. C.; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sup.1, p. 1385-1394, 2009.

COSTA, M. E. de A. Cultura Popular. In: REZENDE, M. B. et al. (Org.). **Dicionário IPHAN de Patrimônio Cultural**. 1. ed. Rio de Janeiro: IPHAN, Brasília: DAF, Copedoc, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLA V. M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: comunicação saúde educação**, Botucatu, v.13, n.28, p. 151-164, 2009.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p.1483-1492, 2009.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Tratamentos farmacológicos para dependência química**: da evidência científica a prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v.3, n.5, p. 23-41, 2005.

DOISE, W. Da psicologia social a societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, 2007.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, Uso, Abuso e Dependência de Drogas. In: **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/ Serviço Social da Indústria, 2008,172 p.

ELLA, L. A rede de atenção na saúde mental – articulações entre Caps e ambulatórios. In BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, 2005.

EMANUELE, M. A.; WEZEMAN, F.; EMANUELE, N. V. Alcohol's effects on female reproductive function. **Alcohol Research & Health**, Rockville, v. 26, n. 4, p. 274-281, 2002.

FALCON, F. J. C. História e representação. In: CARDOSO, C. F.; MALERBA, J. (Org.). **Representações: contribuição a um debate transdisciplinar**. Campinas: Papyrus, 2000. p. 20-48.

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

FELIX, L.; KEATING, P.; MCCAMBRIDGE, J. Can obtaining informed consent alter self-reported drinking behaviour? a methodological experiment. **BMC medical research methodology**, BioMed Central, Universidade de Oxford, v. 15, n. 1, p. 41, 2015.

FERNÁNDEZ MdM et al. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis **BMJ Open**, Londres ,2018;8: e019490. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019490

FORTNEY J. et al. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **Behavioral Health Services Research**. v. 31, n.4, p.418-29, 2005.

FOSTER, R. K.; MARRIOTT, H. E. Alcohol consumption in the new millennium – weighing up the risks and benefits for our health. **Nutrition Bulletin**, London, v. 31, n. 4, p. 286–331, 2006.

FURTADO EF, CORRADI-WEBSTER CM, LAPREGA MR. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. **Nordic Stud Alcohol Drugs**. São Paulo v.25, n. 1, p. 539-51,2008.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**. Campinas (SP): Unicamp, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília v. 6, n. 2, p.151-163, 2012.

FREITAS ICM, MORAES SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP; Alcohol addiction and associated factors in adults in Ribeirão Preto, State, Brazil, 2006: the OBEDIARP Project. **Caderno Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n.10, p.2021-31, 2011.

GACHE P, MICHAUD P, LANDRY U, ACCIETTO C, ARFAOUI S, WENGER O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. **Alcohol. Clinical and Experimental Research**. Austin, Texas, 2005; v.29, n.11, p. 2001-2007.

GALDURÓZ, J. C. et al. **Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**: 2004. São Paulo: Unifesp: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Epidemiológica e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n. 2, p. 227-237, 2015. doi: 10.5123/S1679-49742015000200005

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A Política Antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 20, p. 267-276, 2008.

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

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In L.Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho(Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008, p. 575-625.

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

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Tradução: Mathias Lambert. [S. l.: s. n.], 2004.

GOMES BMR, ALVES JGB, AQUINO JM de et al. Fatores Associados ao Consumo de Álcool entre Estudantes de Escolas Públicas **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p.1164-1170, maio 2014

GUARESCHI, P. **Psicologia Social Crítica**: como prática de libertação. Porto Alegre: Edicpurs, 2004.

GUIMARÃES VV, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. SP, v.13, n.2, p.314-325, 2010.

HEATHER, N., 2004. Brief interventions. In: N. HEATHER and T. STOCKWELL, eds. **The essential handbook for treatment and prevention of alcohol problems**. Chichester: John Wiley & Sons, 2004, p. 117-138.

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

ILOMAKI, J. et al. Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among ageing men: the FinDrink study. **European Journal of Public Health**, V. 20, n. 2, p.133–138 Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association 2009. Doi:10.1093/eurpub/ckp079 Advance Access published on 26 June 2014.

IKEHARA, S. et al. Consumo de álcool e mortalidade de acidente vascular cerebral e doença de coração coronária entre homens e mulheres japonesas: o estudo de coorte colaborativo de Japão. *Acidente vascular encefálico*. Novembro de 2008, v. 39, n. 11, p. 2936-42. Doi: 10.1161 / STROKEAHA.108.520288. Epub 2008 10 de julho.2008,

JODELET, D. Le corps, la persone et autrui. In: S. Moscovici (Org.), **Psychologie sociale dès relations à autrui** Paris: Nathan, 1994, p. 41-68.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

_____. **Loucuras e Representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. Imbricações entre representações sociais e intervenção. In: MOREIRA, A. S. P.; CARMAGO, B. V. (Org.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2007. p. 45-74.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Org.), **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p.63-85.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 173-182, 2009.

KANER, E. F. S. et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. **Drug and alcohol review**, Australia, n. 28, p. 301-323.2009.

KANIS, J. A. et al. Alcohol intake as a risk factor for fracture. **Osteoporosis International**, London, v. 16, n. 7, p. 737-742, 2005.

KERR-CORRÊA, F. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. In: OBOT, I. S.; ROOM, R. (Ed.). **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005. cap. 3, p. 49-68.

KERR-CORRÊA, F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 11, n. 82, p. 858- 866, 2004.

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

LAPATE, V. Hora Zero: a independência das drogas: antes que os problemas chegam. São Paulo: ed. Scortecci, 2001.

LARANJEIRA R, et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32, n.3, p.231-41,2010.

LEMOS, K.M. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). **Revista de Psiquiatria Clínica**, Universidade de São Paulo, v. 34, n.3, p. 118-124, 2006.

LUCAS, A. C. S; PARENTE, R. C. P; PICANÇO, N. S; CONCEIÇÃO, D. A; COSTA, K. R.C; MAGALHÃES, I. R. S; SIQUEIRA, J. C. A. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.663-671, 2006.

LUCHESE, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p. 2033-2042.2009.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MAGNABOSCO, M B; FORMIGONI MLOS; RONZANI TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia** . Universidade de São Paulo v.10, n.4, p. 637-47,2007.

MÂNGIA, E.F; MURAMOTO M.T. Itinerários terapêuticos e construção de projectos terapêuticos cuidadores. **Revista Terapia Ocupacional**, São Carlos – SP, v. 19, n.3, p. 176-182.2008.

MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MARDEGAN, P. S. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 260-266, 2007.

MARQUES, A. C. P. R. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMEC**, Santa Catarina, n. 3, p. 73-86, 2001.

MARTINEZ-FRIAS, M. L. et al. Risk for congenital anomalies associated with different sporadic and daily doses of alcohol consumption during pregnancy: a case-control study. **Birth defects research - Part A - Clinical and molecular teratology**, Hoboken, v. 70, n. 4, p. 194-200, 2004.

MASUR, Jandira. **O que é Toxicomania**. São Paulo. Ed. Brasiliense, 2004.

MEDINA, A.B.C.; PENNA, L.H.G. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.793-98, 2008.

MENDONÇA, A. P.; LIMA, M. E. O. Representações sociais e cognição social. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 191-206, 2014.

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

MEIRA, S.; ARCOVERDE, M. A. M. Representações Sociais de enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz do Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, artigo 11, 2010.

MERHY E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP), ed. Hucitec; 2002.

MEZZARROBA, S. M. B. Bebidas alcoólicas na adolescência: relação entre uso e domínios sociais. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Marília, São Paulo, 142 f. 2006.

MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo do álcool em atenção primária. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília-DF, v. 16, n. 3, p. 207-20. 2007.

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

MINAYO, M C. S. et al. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. Petrópolis. ed. Vozes, 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo, ed. Hucitec,2006. 406p

MINAYO, M.C de S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2005.

MOURA, E. C., & MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 61-70, 2011.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 567-572, p. jul-set, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.497-509, 2011.

MORIN, M. **Parcours de Santé**. Paris, ed.Armand Colin. 2004

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, ed. Zahar; 1978.

. _____. **Psicologia Social I**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1984.

_____. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, v,18, p.211-250.1988.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In D. Jodelet (Org.), **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro, ed. UERJ, p.45-66,2001.

_____. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, ed. Vozes, 2003.

_____. **Preconceito e representação sociais**. In Almeida, A.M. O.& Jodelet, D. (org.). Representações Sociais: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas, p,17-34. Brasília, DF: ed. Thesarus. 2009.

. _____. **A Invenção da Sociedade**. Petrópolis, ed. Vozes, 2011.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**.10. Petrópolis, ed. Vozes, 2013.

NELSON, P.; TABERRER, S. Hard to reach and easy to ignore: the drinking careers of young people not in education, employment or training. **Child & Family Social Work**, Wiley Online Library, 2015

NILSEN, P.; KANER, E.; BABOR, T. F. Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. **Nordic studies on alcohol and drugs**, Federal University of Juiz de Fora, v.25, n.6, p. 453-468, 2008.

NÓBREGA M. P. S.; OLIVEIRA E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**. Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo, v.39, n.5, p.816-23,2005

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

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2375-2384.2007.

OLIVEIRA, I. F.; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Revista Aletheia**, Canoas – RS, v. 25, p. 5-19. 2007.

OLIVEIRA, G.C. et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 60-68, jun., 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO.2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Icd-10 version: 2010. Retrieved July, v. 29, p. 2012, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global status report on alcohol and health-2014. [S.l.]: World Health Organization, 2018.

PÁDUA, A. F. Causas e consequências do consumo excessivo do álcool. **Revista Toque da Ciência**, UNESP, 2010, 1-1.

PALM, J. Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. Doctor's degree thesis, University of Stockholm, Stockholm.2006.

PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global "Guerra às drogas". **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte. v. 23, n.1, p.154-162.2011.

PADUANI, G; F. et al. Consumo e álcool e fumo entre os estudantes de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 66 – 75; 2008.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Public perception of alcohol dependence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 3 n.1, p.19-24.2008.

PELTZER, K., and Mlambo, M. Prevalence and acceptability of male circumcision among young men in South Africa. *Stud Ethno Med*. EUA, v.6, n.3, p.179-186,2012.

PIERRET, J. Les significations sociales de la santé. In M. Augé & C. Herzlich (orgs.), **Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**, Paris-Montreux: Editions des Archives Contemporaines. p. 217- 256, 1984.

PILLON, SANDRA CRISTINA et al. Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 338-45, 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/22712>>. Acesso em: 22 ago. 2016

PILLON, S.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K. A. P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13 (número especial), p. 1169-1176, 2005.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Revista de Enfermagem**, Brasília, v.14, p. 325-332, 2006.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.; ALMEIDA, M.M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, suppl.1, p. 82-88, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a17v35s1.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2015.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa** [da] Universidade de Brasília. v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde, 2014-2017. Recife, 2014.
REISDORFER E, et al. Prevalence and associated factor with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.3, p.582-94.2012.

REHM, J. et al. Alcohol use. In: EZZATI, M.; LOPEZ, A.; RODGERS, A.; MURRAY C., eds. Comparative quantification of health risks. **Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors**. Volume 1. Geneva: WHO, p. 959-1101, 2004.

ROCHA, BÁRBARA. Avaliação do consumo do álcool entre universitários. 2014. 91 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/108427>>.

RODRÍGUEZ, CORALIA C.; BISET, ANA ESTHER D.; MAYETA, YMAILE B. **Factores de riesgo de cáncer de mama em mujeres pertenecientes a um consultorio médico del centro urbano “José Martí”**. **Medisan.**, Santiago de Cuba, v. 17, n. 9, p. 4089-4095, 2013.

RODRIGUES AP, et al. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, v. 3, n.1, p.1-10, 2007.

ROOM, R. et al. **Alcohol in developing societies: a public health approach**. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 263p.2002.

RONZANI, T. M. et al. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary healthcare in Minas Gerais, Brazil. **Nordic studies on alcohol and drugs**, v.25, n.6, p. 529-538.2008.

RONZANI, T. M.; ANDRADE T. **A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**. In Senad (Org.), Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Brasília, Senad. p. 25-32.2006.

RONZANI, T. M. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estudos de psicologia**, Universidade Católica de Campinas, v.12, n.3, p. 285-290.2007.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de saúde pública**, Maringá, 43(supl.1), p.51-61. 2009.

RONZANI, T. M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil, **Social science and medicine**, 69, p.1080-1084.2009.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v.59, n.4, p. 326-332.2010.

SÁ, C. P. de. As memórias da memória social. In: SÁ, C. P. de (Org.). **Memória, imaginário e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, p. 63-86, 2005.

SAFFIOTI, HELEIETH I. B. A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAMPSON, H.W. Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. **Alcohol Research & Health**, Rockville, v. 26, n. 4, p. 208-213, 2002.

SANTOS, M. F. S.; NOVELINO, A. M. NASCIMENTO, A. P.O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante. Em: A. M. P. Moreira (Org.) **Representações sociais. Teoria e Prática**. João Pessoa, ed. UFPB, p.269-293,2001.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria (Org.). **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. ed. Universitária da UFPE, 2005

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007

SCHENKER, MIRIAM AND MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 707-717. ISSN 1413-8123.2005

SEGRI, NEUBER JOSÉ et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de atores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 31-43, 2011

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M. Integração Ensino-Serviço e Política sobre Drogas In: **O caminho do desabrochar das Rosas perante o alcoolismo feminino**. 23 ed. Universitária, v.1, p. 129-147,2013.

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M O beber feminino: socialização e solidão; **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 772-781, 2015.

SILVA, A. T. M. C. et al. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.58, n.4, p. 411-415.2005.

SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-8, 2006.

SILVA, T.T. 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.

SILVEIRA, C. et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 349- 354. 2003

SILVEIRA, C. M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 31-38, 2008.

SILVEIRA, P. S.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.11, n.1, p.62-75. 2009.

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

SIMEÃO, FIORELLI de A.P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SOUZA, M. L. P. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.27 n.4, p. 342-343.2005.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura brasileira. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.21 n.4. 2012.

SOUZA, L.H.R.F.; SANTOS, M.C.; OLIVEIRA, L.C.M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012.

SOUZA-FORMIGONI, M. L. O.; BOERNGEN-LACERDA, R.; VIANNA, V. P. T. Implementing screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. **Nordic studies on alcohol and drugs**, UNIFESP, v.25, n.6, p. 553-564.2008.

SOUZA, MARIANE M. et al. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região carbonífera catarinense no período de 1980 a 2009. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 383-390. 2013.

SOLBERG, L. I.; MACIOSEK, M. V.; EDWARDS, N. M. Primary care intervention to reduce alcohol misuse. Ranking its health impact and cost effectiveness. **American journal of preventive medicine**, Reino Unido, v.34n.2, p. 143-152, 2008.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n.2, p. 477-486.2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler & J. M. Suárez (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 451-479,2005.

TRIOLA, M. F. Introdução à estatística. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 682p.
VARGAS D, OLIVEIRA MAF, ARAÚJO EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p.1711-1720. 2009.

VARGAS, D; BITTENCOURT, M.N.; BARROSO, L.P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, jan. 2014.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa em Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, p. 149-186.1995.

WEBB, C.P. et al. - Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: findings from the world mental health survey. *Alcohol Alcohol*. V 40, Edição 4, julho / agosto de 2005, páginas 327–335, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh152> Publicados: 11 de abril de 2005

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

APÊNDICE A - QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO:

Unidade de Saúde: _____

Dados Pessoais:

1 Identificação: _____ **Idade:** _____

2) Religião: Católica () Evangélica () Espírita () Candomblé () Outras () Nenhuma ()

3) Estado civil: () solteiro, () união consensual, () casado, () viúvo, e () divorciado.

4) Escolaridade: () sem escolaridade, () 1º grau completo, () 1º grau incompleto, ()

2º grau incompleto, () 2º grau completo, () superior incompleto, () superior completo.

5) Atividade: () Só trabalha. () Trabalha e estuda. () Desempregado. () Não trabalha

6) Residência. () Própria, () Alugada, () Outro.

7) Profissão: _____.

8) Composição da família: _____.

9) Chefe da família: _____.

10) Renda Familiar: () 1salario mínimo, () < 1salario mínimo, () >1salario mínimo

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista semiestruturada.

1- Dimensão Afetiva.

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

2-Dimensão de conduta

- 1) Quais são os motivos que leva ao consumo de bebidas alcoólicas?
- 2) Onde você faz uso de bebidas alcoólicas?
- 3) Teve algum prejuízo pelo seu consumo de bebidas alcoólicas?

3- Dimensão do social

- 1) O que representa o uso de bebida alcoólica para sua vida hoje?
- 2) O que significa o uso de bebida alcoólica na sua saúde hoje?
- 3) Você já recebeu algum tipo de orientação ou ajuda sobre o consumo de bebidas alcoólicas pela equipe da ESF ou de outras pessoas?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “O BEBER FEMININO: O OLHAR DAS MULHERES “você foi selecionado de forma representativa, por ser considerado como informante-chave sobre o uso e abusivo de bebidas alcoólicas em mulheres. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com serviço de saúde.

Os objetivos deste estudo;

- 1) Caracterizar o perfil das mulheres em uso de bebidas alcoólicas;
- 2) Avaliar os padrões de riscos pelo consumo de álcool nas mulheres;
- 3) Analisar o significado do consumo abusivo bebidas alcoólicas na vida e na saúde das mulheres;
- 4) Identificar os danos gerados pelo consumo abusivo de álcool na vida das mulheres;
- 5) Analisar a compreensão das mulheres que faz uso abusivo do álcool sobre o cuidado da Estratégia de Saúde sobre esse consumo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder os questionários e ser entrevistada e neste sentido, não haverá riscos quanto á sua integridade física, podendo haver risco de constrangimento por responder algumas perguntas, mas garantimos o sigilo das informações e que seu nome não será revelado a ninguém. Durante a pesquisa você responderá perguntas sobre dados pessoais, através de um questionário sociodemografico e o teste de identificação de problemas relacionada ao uso de álcool (AUDIT) e as perguntas norteadoras da entrevista, ambos referentes ao uso de bebidas alcoólicas. Por tanto solicito sua autorização, para que durante a entrevista seja utilizado um gravador para colher o seu depoimento.

A sua informação será de enorme ajuda para colaborar na construção do conhecimento acerca do uso abusivo de bebidas alcoólicas em mulheres e melhoria das formas de cuidado para as mulheres.

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

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

Nome e assinatura do pesquisador

Graças Borges
Pesquisadora Responsável
Contato: Tel. (81)997199669
Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Av. Prof. Moraes Rego, s/nº-Campus UFPE-Recife - PE

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

Sujeito

ANEXO A – TESTE AUDIT

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
 “São algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado

Total

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Título do Projeto: "Consumo abusivo de álcool: o olhar de mulheres usuárias do PBF, Recife/Pernambuco/ Brasil".
Pesquisador responsável: Tereza Maciel Lyta
Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz
Data de apresentação ao CEP: 18/11/2015
Registro no CAAE: 51085615.0.0000.5190
Número do Parecer Plataforma: 1.534.177

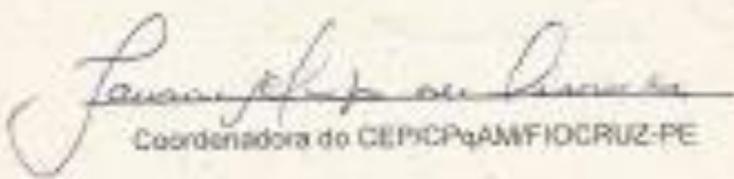
PARECER

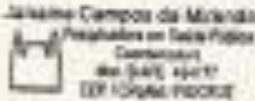
O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 21 de junho de 2016


 Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE



CEP/CPqAM/FIOCRUZ - Av. Moraes Nobre, 501
 CEP 50070-420 Recife - PE 51085-000
 Fone: (51) 3465.1884 | 3142.2688
 Recife - PE - Brasil
 www.cepfiocruz.com.br




ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Maria das Graças Borges da Silva, pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, a desenvolver pesquisa nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Consumo abusivo de álcool: o olhar de mulheres usuárias do PSP, Recife/Pernambuco/ Brasil", sendo orientada por Tereza Maciel Lyra.

Estarei ciente que me são requeridos e estão listados:

- * O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- * A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- * A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- * A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- * Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tanto ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 09 de dezembro de 2015.

Atenciosamente,

Juliana Ribeiro
Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
D.E.S. SECRETARIA DE SAÚDE/PCB
Matrícula nº 19.186-4