



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

**““O Fundo de Poço Pode Se Transformar em Fundo de Posso!”:  
trabalho com um grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de  
redução de danos”**

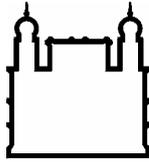
*por*

***Leticia Costa Barbosa***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em  
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Mary Giffin*

*Rio de Janeiro, maio de 2008.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***““O Fundo de Poço Pode Se Transformar em Fundo de Posso!”:  
trabalho com um grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de  
redução de danos”***

*apresentada por*

***Letícia Costa Barbosa***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Azevedo Pereira de Mendonça

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Cruz de Brito

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Mary Giffin – Orientadora

*Dedico este trabalho a Luciane Rangel, que apesar de sua jornada tão curta, somou tanto na construção deste trabalho, estando essencialmente presente.*

### ***Agradecimentos:***

Agradeço antes de tudo às mulheres que participaram desta pesquisa, por emprestarem a luta cotidiana de suas vidas à construção de um trabalho tão rico e emocionante. Agradeço a todas as mulheres do Grupo de Mulheres, pela convivência, pela confiança, pelo afeto, pela troca, pela criatividade, pelos belos encontros, pelos trabalhos que desenvolvemos juntas, por boa parte de minha formação pessoal e profissional, enfim, por transformarem meus conceitos e preconceitos sobre saúde.

Agradeço à Karen Giffin, pela sua orientação, pela competência e objetividade, pelo olhar sempre sensível e pelo respeito e estímulo ao pensar, acreditando em meu trabalho algumas vezes mais que eu mesma.

Agradeço aos membros da banca, Jussara Brito, Eliana Mendonça, Heliana Conde e Tatiana Wargas, pela disponibilidade para avaliar este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer especialmente à Heliana Conde, pelo encontro tão importante ainda na graduação, fazendo grande diferença em minha prática profissional pessoal e política, hoje mais preche de sentido.

Sou grata aos professores da ENSP que tornaram o curso de mestrado mais prazeroso e produtivo na construção deste trabalho: Fernando Telles, Tatiana Wargas, Sérgio Rego, Karen Giffin, Tizuko Shirawa, Marcelo Rasga Moreira, Célia Ramos, Luiz Castiel, Maria Cristina Guilam, Eduardo Stotz e Regina Simões Barbosa. Agradeço também aos amigos que conheci e ‘reconheci’ neste percurso, especialmente a Vinícius, pelas conversas e pela amizade que se consolidou durante o mestrado, caminho geralmente tão solitário.

Agradeço à equipe da STA, especialmente à Bia, Luciana e Flávia, pela seriedade e dedicação com que constroem a prática deste serviço, e pelo carinho e confiança com que me receberam durante o período em que participei da equipe.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho da Casa da Árvore, especialmente os mais próximos, sou grata pela construção coletiva de um trabalho tão importante para mim.

Agradeço à Lulli, por sua sensibilidade à vida, tornando o encontro das diferenças uma experiência sempre possível e plena de sentido.

Agradeço à Bia, pela amizade que se construiu desde a minha entrada na UTA e que me alegra tanto, pelas conversas, pela troca, pelo afeto e pela capacidade de ‘afetar’.

Agradeço imensamente à minha família, aos meus pais, Jonas e Selma, exemplos de força em meio a tantas adversidades, pela liberdade e respeito às minhas escolhas sempre, pelo estímulo e pelo apoio em horas tão difíceis. Sem eles não só este trabalho, mas muitas outras conquistas não seriam possíveis. Agradeço ao meu irmão Bruno pelo amor. Agradeço a Joyce, minha irmã, pelo amor e por construir comigo uma amizade a cada dia mais bonita e fundamental em minha vida.

Agradeço aos amigos, antigos e recentes, pelo prazer de compartilhar a vida e por possibilitarem um ‘lugar no mundo’; agradeço aos que se fizeram presente e especialmente aos que puderam estar tão próximos nos últimos tempos: Aline, Ricardo, Bel e Joyce, acompanhando o processo de construção deste trabalho, por vezes tão angustiante, e por compartilharem também de momentos tão importantes e significativos nesta convivência.

Finalmente agradeço a André, meu marido, a quem tanto amo e admiro, por nossa história, pelo companheirismo, pela sensibilidade, pelo cuidado e pelo apoio sempre, pela rotina surpreendente e apaixonante, por sua leveza, pelo prazer do encontro todos os dias. Agradeço a ele por me fazer gostar mais de viver.

## RESUMO:

O presente estudo aborda o trabalho realizado pelo Grupo de Mulheres *TransmUTAção*, um espaço terapêutico para mulheres alcoolistas de um serviço público de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, procurou-se realizar uma leitura social do problema do alcoolismo e das práticas e abordagens de saúde, enfocando as formas e representações de doença que estão associados ao conceito de alcoolismo. A partir de entrevistas semi-estruturadas com seis mulheres participantes, analisa o processo e os significados deste trabalho, apontando questões de gênero e saúde envolvidas no tratamento de mulheres, e como este trabalho se relaciona com o princípio de Redução de Danos.

Os resultados evidenciam o contraste entre as experiências ao longo da “trajetória alcoólica” anterior das participantes e suas novas formas de atuação após o ingresso no grupo, revelando um efeito deste trabalho sobre as representações e práticas de saúde delas, permitindo novas atuações dentro e fora do tratamento. A utilização do princípio de Redução de Danos nas atividades do grupo mostrou-se alternativa eficaz a práticas discriminatórias e estigmatizantes, apontando para uma concepção de qualidade de vida que, para além da promoção de um estilo de vida mais saudável, redundou em ganhos sobre a auto-estima e sobre novas práticas de saúde e cuidado sobre si.

Palavras chave: Alcoolismo, Gênero feminino, Redução de Danos, Concepções de Saúde, Tratamento.

## ABSTRACT

This report/research is about the work developed by the *TransmUTAção* Group, a therapeutic environment for alcoholic women set inside a public mental health service Rio de Janeiro City. The aim is to a social reading of both the and the health practices and approaches, emphasizing the forms and representations associated to the alcoholism concept. Based on semi-structured interviews with six engaged women, both the process and the meanings of that work are analyzed, pointing out questions on gender and health related to treatment, and how that work is related to the Harm Reduction principle.

The results point out the contrast between the previous experiences along the former “alcoholic path” of the and their performance after joining the group, highlighting the effect of that work on their health representations and, allowing new performances inside and outside the. The use of the Harm Reduction principle in the group activities becomes an effective alternative to discriminating and stigmatizing practices, leading to a welfare conception that led to a healthier life style, and, besides that, to gains in self-esteem and in new health and self-care practices.

Key words: Alcoholism, Female Gender, Harm Reduction, Health Conceptions, Treatment.

## Sumário:

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICATIVAS.....</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>PARTE I – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....</b>	<b>15</b>
CAPÍTULO 1: ALCOOLISMO E SAÚDE PÚBLICA.....	15
<i>Panorama geral.....</i>	15
<i>Concepções do alcoolismo .....</i>	17
<i>Estratégias terapêuticas .....</i>	22
<i>Redução de Danos e expansão da vida .....</i>	27
CAPÍTULO 2: ALCOOLISMO EM MULHERES .....	34
<i>Alguns apontamentos teóricos sobre questões de gênero .....</i>	34
<i>A emergência do alcoolismo feminino na atualidade: o contexto social.....</i>	38
<b>PARTE II: ENTRANDO NO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>42</b>
<i>Procedimentos Metodológicos .....</i>	42
<i>Perfil das entrevistadas .....</i>	45
CAPÍTULO 3: DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO GRUPO TRANSMUTAÇÃO ...	47
<i>Histórico do atendimento a mulheres na STA no Instituto Philippe Pinel.....</i>	47
<i>Cronologia das atividades.....</i>	58
<i>Análise Das Atividades.....</i>	60
CAPÍTULO 4: SITUANDO O ALCOOLISMO NA(S) HISTÓRIA(S) .....	64
<i>‘Trajetória Alcoólica’ .....</i>	64
<i>Motivação para beber .....</i>	67
<i>Tratamento: motivação para busca e significado .....</i>	71
<i>O que procuram as mulheres em um tratamento? .....</i>	74
CAPÍTULO 5: “SE A PESSOA TÁ PRECISANDO DE UMA AJUDA, TEM QUE DAR UMA AJUDA...”	78
<i>Tratamento, abstinência e recaída .....</i>	78
<i>Como uma pessoa sem valor: Percepção sobre as diferenças de gênero e preconceito no alcoolismo.....</i>	88
<i>Distinguindo tratamentos e ‘tratados’ .....</i>	97
CAPÍTULO 6: GRUPO DE MULHERES, PRÁTICAS E CONCEITOS EM TRANSMUTAÇÃO .....	101
<i>O Grupo.....</i>	101
<i>Oficina de bijuteria.....</i>	104
<i>O Grupo de Mulheres sob olhares diversos: Trabalhos apresentados ao público....</i>	106
<i>“É triste de ver”: Imagem da mulher alcoolista.....</i>	110
<i>Alcoolismo e Saúde.....</i>	112
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>117</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS: .....	128
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXOS: .....</b>	<b>133</b>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA.....	133
ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	135

## Introdução

O presente estudo aborda o trabalho realizado pelo Grupo de Mulheres *TransmUTAção*, um espaço terapêutico para mulheres alcoolistas da Seção de tratamento de alcoolismo – STA, do Instituto Municipal Philippe Pinel. Nosso intuito é compreender a proposta e as ações deste trabalho e como este se relaciona com o princípio de Redução de Danos e questões de gênero e saúde envolvidas no tratamento de mulheres alcoolistas.

O alcoolismo figura como um problema grave de saúde pública, e a partir de nossa experiência prática e da bibliografia consultada, nos deparamos com questões, abordagens e conceitos e limitações em tratamentos que urgem em serem discutidos. Sendo o Grupo de Mulheres nosso objeto de estudo, visamos entender de que forma esta problemática é atravessada pelas relações de gênero no caso de um serviço oferecido a pacientes mulheres, analisando esta relação através da visão de usuárias participantes do Grupo sobre saúde, doença e tratamento. Dentro deste cenário, este estudo pretende analisar quais os elementos estariam envolvidos na ‘invisibilidade’ do alcoolismo feminino e discutir como este aspecto vem sendo trabalhado pelo Grupo de Mulheres.

Para isso, procuramos realizar uma leitura social do alcoolismo, para compreender como este geralmente é abordado tanto pelas práticas de saúde quanto por usuários de serviços de tratamento, ou seja, quais são as formas e representações de doença que estão associados ao conceito de alcoolismo dos atores envolvidos nas abordagens sobre o alcoolismo.

Este texto está organizado em duas partes principais: considerações teóricas e campo. Inicialmente, apresentamos a justificativa da escolha do tema, origem e relevância deste trabalho e os principais objetivos deste estudo. Na primeira parte apresentamos as considerações teóricas, base para a discussão do trabalho do grupo, a partir do material bibliográfico levantado sobre o tema; problematizamos algumas das abordagens que são predominantes/vigentes atualmente, apontando o alcoolismo como um problema de saúde pública e situando-o frente às políticas de Redução de Danos. Também procuramos relacionar o alcoolismo a algumas questões de gênero dentro da produção científica.

A segunda parte deste estudo refere-se à exploração de nosso campo, primeiramente com a uma apresentação da Seção de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Municipal Philippe Pinel (STA/IMPP) serviço onde funciona o Grupo de Mulheres, descrevendo algumas regras de funcionamento e a abordagem terapêutica utilizada, a fim de levantar

elementos para analisar as representações sobre alcoolismo e saúde envolvidas na prática deste serviço, e de que forma isso atravessa as concepções de saúde, doença e tratamento das usuárias do Grupo de Mulheres. Nesta direção, descrevemos o trabalho do Grupo de Mulheres, onde elencamos alguns pontos para discutir o trabalho do grupo em sua trajetória, através de ações terapêuticas que se aproximem dos princípios de Redução de Danos.

Seguimos então com dados levantados e análise e interpretação dos principais assuntos explorados ao longo das entrevistas. A última parte deste estudo comporta as considerações para discussão, relacionando a análise das entrevistas ao levantamento teórico, e as conclusões com algumas considerações finais e questões mais relevantes levantadas por este trabalho.

## Justificativas

O tema escolhido para este projeto surgiu de minha experiência como estagiária no Grupo de Mulheres *Transmutação* – um grupo de mulheres alcoolistas da Seção de Tratamento de alcoolismo do Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP) –, onde pude participar da construção do trabalho do grupo durante quatro anos: desde 2002 até 2005 como estagiária de graduação em Psicologia e a partir de então, como voluntária, no qual permaneci até meados de 2007.

Desta experiência decorreram reflexões que motivaram-me a pensá-lo enquanto uma prática de saúde que incita interrogações relativas às concepções de gênero, saúde e doença. O interesse em realizar esta investigação surgiu de questões suscitadas durante estes quatro anos, na medida em que pude acompanhar o processo no qual as participantes pareciam ampliar suas redes de relações, suas ações para além do hospital, buscando construir atividades que tornassem públicos os trabalhos e as reflexões produzidas neste. Além disso, foram criadas oficinas de artesanato e bijuteria em direção à capacitação para determinadas habilidades e geração de renda.

Após a inserção no grupo, eram visíveis os movimentos expansivos de cada usuária que participava das atividades. A maioria que mantinha uma continuidade no tratamento problematizava questões referentes não só ao alcoolismo propriamente dito – neste caso, compulsão de beber, recaída, internação e etc –, mas principalmente vivências cotidianas e comuns à maioria, como problemas de inserção no mercado de trabalho, conflitos familiares, objetivos e estratégias para melhorar a saúde e a qualidade de vida, além de procurar se engajar nas atividades e oficinas do grupo e sugerir e planejar sempre atividades novas, priorizando o contato com o público fora do hospital. Todavia, quando surgia o tema alcoolismo, uma representação muito presente nas falas das usuárias durante as discussões e declarações era a de que este é uma doença incurável e progressiva, idéia que contrastava de alguma forma com a melhora de muitas após a inserção no tratamento. Aqui, iremos considerar a melhora como mais ampla que o fato de não beber, ou beber menos, ou seja, esta não é definida pela abstinência das usuárias, mas pelo aumento da autonomia diante do tratamento, podendo escolher se tratar ou não, e em fazendo, considerando a recaída como parte do tratamento. Além disso, consideramos a melhora pode ser pensada pelas novas possibilidades de atuação em diferentes espaços sociais, como re-inserção no mercado de

trabalho, ampliação da rede social, fortalecimento dos laços afetivo-familiares, etc.

Chamou minha atenção neste grupo, o fato de muitas continuarem a beber, algumas mantendo uma certa frequência, outras recaído de vez em quando e em graus e por motivos diferentes. Algumas, ainda, procuravam internar-se antes mesmo de beber, pedindo ajuda quando sentiam que poderiam recair. O tratamento acontecia – e acontece –, apesar de muitas pacientes não se manterem em abstinência por muito tempo, havendo uma continuidade no trabalho do grupo para a maioria das integrantes, ou seja, uma aderência ao tratamento. Esta aderência apontava para outras possibilidades de vivenciar o processo de adoecimento de forma que as perspectivas sobre este estivessem além de abstinência e ‘cura’ simplesmente. Tal fato se choca diretamente com uma concepção mais hegemônica do alcoolismo (assim como da dependência em outras drogas), presente em muitas abordagens que se dispõe a tratá-lo, grupos de auto-ajuda e mesmo na percepção/opinião de muitas pessoas com problemas com álcool e/ou drogas, entendidos, muitas vezes, como patologias fisiológicas e/ou psíquicas. Noutros casos, são confundidos ainda com distúrbios morais e de caráter, sendo a abstinência, na maioria das vezes, uma meta associada a estas representações de doença ou desvio moral.

Ao considerarmos esta última forma de abordar o alcoolismo como predominante em muitas práticas e, diante disso, pensarmos o trabalho do grupo, podemos observar algumas características e efeitos deste último, como a maneira com que as mulheres passaram a procurar e a se colocar diante do tratamento oferecido pelo grupo, elementos que merecem uma análise mais atenta e profunda.

A experiência do grupo apresenta-se também como um campo bastante fértil para se discutir os atravessamentos de questões de gênero no âmbito do planejamento de ações que se voltem à promoção da saúde de mulheres que sofrem de, mas sobretudo com o alcoolismo, o que parece ampliar as possibilidades de conhecimento sobre tamanha complexidade que envolve esta problemática.

Além disso, as atividades realizadas publicamente dentro do conjunto de ações do grupo, permitem ampliar o debate social acerca do alcoolismo feminino, transbordando as reflexões para além dos limites terapêuticos com as participantes no espaço do grupo, em direção à comunidade, levando esta questão a ser trabalhada e discutida em outros espaços sociais/coletivos.

Assim, este trabalho se propõe a aumentar a visibilidade sobre um dispositivo de saúde e a forma como este aborda o alcoolismo em mulheres, de forma que este beber

feminino e suas possibilidades de tratamento fiquem mais evidentes e presentes no campo da produção científica e prática de saúde, uma vez que ainda parece permanecer pouco visível nestes campos. Esta pesquisa busca contribuir para um debate mais plural na área de gênero, saúde e alcoolismo, na medida em que possibilita uma melhor compreensão do processo de saúde e adoecimento sob o ponto de vista das usuárias de um serviço, sujeitos ativos na construção de seu próprio tratamento.

## Objetivos

O objetivo geral do presente estudo é compreender o trabalho do Grupo de Mulheres alcoolistas *TransmUTAção* da Seção de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro dentro do conjunto de práticas e políticas de saúde voltadas para o alcoolismo e identificando sua aproximação com o princípio de Redução de Danos.

Os objetivos específicos deste projeto podem ser definidos como:

- a) compreender a visão das usuárias sobre o processo e os significados do trabalho do grupo e,
- b) relacionar as ações do grupo a partir da visão das usuárias ao princípio de Redução de Danos.

## **Parte I – Considerações Teóricas**

### **Capítulo 1: Alcoolismo e Saúde Pública**

#### **Panorama geral**

Atualmente, o alcoolismo, juntamente com o consumo de outras drogas psicotrópicas, configura um problema grave de saúde pública em âmbito mundial, sendo apontado como tal por pesquisas realizadas em diversos países. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), o uso nocivo do álcool encontra-se entre as principais causas de enfermidades, lesões, violência doméstica - sobretudo contra mulheres e crianças, além de outros problemas sociais, mortes prematuras, repercutindo de forma grave no convívio humano, afetando pessoas, famílias e comunidades e a sociedade em seu conjunto, tendo forte relação com as desigualdades sociais e sanitárias.

Dentro da realidade brasileira, tal gravidade vem tomando grande proporção, não se limitando ao sofrimento e conseqüências individuais, ou somente no âmbito familiar, mas pode ser percebida por agravos sociais que decorrem do alcoolismo ou que o reforçam, presentes nos mais diversos segmentos da sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), os agravos decorrentes do uso do álcool são extremamente dispendiosos, afetando a vida dos indivíduos em diversos âmbitos. Suas conseqüências podem ser constatadas em uma grande porcentagem de mortes não naturais/acidentais, anos de incapacidade, doenças e outras complicações indiretas aos danos acometidos pelo uso abusivo do álcool ao longo de anos. (BRASIL, 2003, p.17)

Galduróz e Caetano (2004), baseados em alguns levantamentos bastante abrangentes sobre uso do álcool na população brasileira realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina – e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República –, pesquisaram a prevalência da dependência de álcool, apurando uma estimativa de 11,2%, 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. Além disso, a porcentagem de pessoas que já receberam tratamentos para o uso de álcool chegou aos 4%

do total, sendo 5,6% para o sexo masculino e 2,5% para o feminino. (GALDURÓZ, J. E CAETANO, R., 2004, p.4)

Outros dados da OMS indicam que o alcoolismo no Brasil, juntamente com o uso de outras drogas, é responsável por 20% das internações por doenças mentais (WHO, 2004), o que já indica a amplitude do quadro problemático do alcoolismo e o aponta como uma preocupação urgente na agenda de ações no campo da Saúde Pública. Contudo, as políticas e ações voltadas para seu controle e tratamento divergem em paradigmas e práticas diversos, dificultando sua abordagem de forma mais eficaz e integral.

Delgado (2005) em uma análise histórica das políticas públicas no Brasil para a questão do uso de álcool e drogas nos aponta algumas limitações na abordagem predominantemente psiquiátrica ou médica para a questão do uso prejudicial do álcool. Segundo o autor, a ausência de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas por parte do Ministério da Saúde durante décadas pôde ser percebida através do impacto econômico e social que tem recaído sobre o Sistema Único de Saúde pelos gastos referentes a ações fragmentadas e não planejadas sobre este usuário. (DELGADO, 2005, p.168). Além disso, a maior parte destas abordagens parece negligenciar a importância das implicações sociais, psicológicas econômicas e políticas, dimensões estas que devem ser consideradas na compreensão global do problema. Neste sentido, o autor aponta a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Álcool e outras Drogas como uma tentativa de resolver os impasses no cuidado à dependência de drogas. Esta política determina atenção integralizada aos indivíduos, com ênfase à reabilitação e reinserção social dos sujeitos, abarcando dispositivos comunitários, pretendendo estabelecer a promoção da saúde, prevenção e tratamento:

“Uma política nacional de atenção à saúde, de forma relacionada ao consumo de álcool, implica na implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, o qual contempla a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e seus familiares. A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde.” (BRASIL, 2003, p.20)

Todavia, a fragmentação das ações de saúde é uma realidade presente em diferentes serviços, cujas ações são ainda atravessadas por estigmas sociais e representações acerca

das formas de adoecer referentes ao alcoolismo, o que acaba por determinar diferentes formas de tratá-lo. Tais diferenças nem sempre se complementam, tornando mais difícil abarcar a complexidade desta problemática e desafiando ainda a implantação desta política:

“Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresentam também uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva. (...) Podemos ainda apontar como impedimento o conceito normalmente abraçado pelos profissionais de saúde de que não possuem qualquer responsabilidade ou competência sobre o diagnóstico e tratamento da dependência ao álcool, em uma evidente demonstração de estigma, exclusão e preconceito”.(BRASIL, 2003, p.18).

### **Concepções do alcoolismo**

Ao levantar a bibliografia sobre o alcoolismo, nos deparamos com a escassez de produção científica sobre o tema por parte das ciências sociais, havendo poucas leituras sobre o alcoolismo diferentes da concepção hegemônica de patologia. Isto, em parte, parece contribuir para o fortalecimento desta última nas representações sociais, fato constatado também por autores que se propõe a fazer uma leitura do alcoolismo enquanto uma construção social, ou considerando fatores sociais e culturais como determinantes nesta problemática.

Campos (2004), em uma análise sobre a representação do alcoolismo-doença em membros do AA aponta que esta representação tem sido negligenciada como objeto de estudo das ciências sociais. Em contrapartida, a medicina epidemiológica e psiquiátrica, desde os estudos pioneiros no século XIX, vêm tratando esta problemática como patológica e individual, o que contribui para fixar uma imagem negativa dos bebedores e favorece a construção de formas de controles sociais:

“O interesse da pesquisa sobre o alcoolismo e as formas de beber tem se concentrado, de um lado, sobre a embriaguez e, de outro, sobre o ato de beber, compreendido sob a ótica do desvio individual ou da patologia, e não como um ato social”. (CAMPOS, 2004 a, p.2)

Alzuguir (2005), em um estudo que analisa o discurso sobre o alcoolismo proferido por mulheres usuárias da internação e ambulatório da STA – serviço onde se encontra a oficina Grupo de Mulheres *TransmUTAção*, foco da presente pesquisa –, reforça em sua argumentação esta ausência relativa de leituras mais ‘sociais’ em torno do alcoolismo. A autora relata que a abordagem do mesmo enquanto uma patologia descarta o papel do contexto sócio-cultural na própria construção dos significados sobre o alcoolismo-doença e o alcoólatra, o que parece produzir uma naturalização da concepção de ambos como doença-doente (ALZUGUIR, 2005, p.22). A escassez de estudos sobre o alcoolismo por parte das ciências sociais e, ainda, de uma abordagem que se desvencilhe da procura de relações simplistas e lineares do tipo causa-efeito é fato assinalado também por Garcia (2003), em uma pesquisa realizada a partir da observação de um grupo de Alcoólicos Anônimos:

“O fato de o alcoolismo ter sido abordado em vários campos disciplinares, muito mais pelo esforço de uma conceituação da patologia fisiológica ou psíquica, tem secundarizado o estudo das suas representações elaboradas por parte de quem vive sob acusação de ser um alcoólatra, ou alcoólico, ou alcoolista” (GARCIA, 2003, p124).

A concepção de alcoolismo, segundo as mais variadas formas de entender, tratar e mesmo vivenciar o problema, como teorias que tentam explicá-lo, técnicas e abordagens psicoterápicas, médicas e farmacológicas, modelos de instituições e grupos de mútua ajuda, remete a uma doença, a algo incontrollável para o próprio doente. Esta concepção/idéia do alcoolismo como doença incurável pode acabar se ‘naturalizando’ como um problema centrado no indivíduo, ainda que muitas abordagens considerem as relações e valores sócio-culturais que compõem o contexto no qual o alcoolista está imerso.

Uma questão que emerge neste ponto refere-se à relação entre esta representação social do alcoolismo enquanto doença incurável e seus efeitos na vida dos sujeitos adictos. Perguntamos-nos se o fato de o alcoolismo ser concebido por tais abordagens enquanto uma doença centrada no indivíduo pode reforçar sua concepção enquanto patologia no próprio sujeito alcoolista, influenciando esta vivência tanto em seu sofrimento quanto na forma como procura se tratar, reduzindo sua percepção sobre este problema em detrimento de outras leituras e possibilidades de abordá-la.

Alzuguir (2005), ainda em relação à sua pesquisa sobre o discurso de mulheres alcoolistas, constatou na fala das entrevistadas a representação de alcoolismo-doença, fazendo uma relação desta representação com o histórico de tratamento destas mulheres:

“A recorrência com que o discurso sobre o alcoolismo-doença se apresenta nos depoimentos das mulheres do serviço de alcoolismo suscitou a reflexão sobre a influência da carreira institucional na ressignificação daqueles discursos. Não se pode negligenciar o importante fato de que o serviço de saúde se orienta em pressupostos biomédicos sobre o alcoolismo”. (ALZUGUIR, 2005, p.18)

Ao analisar a construção da concepção de alcoolismo-doença para as usuárias entrevistadas, Alzuguir (2005) encontra uma proximidade muito grande com os discursos proferidos pelos grupos de Alcoólicos Anônimos:

“Apesar de o serviço em questão não operar de acordo com a lógica dos AA, suas formulações de que o alcoolismo seria uma doença progressiva e incurável parecem bastante disseminadas no universo dos alcoólatras, bem como, de modo geral, no senso comum”. (ALZUGUIR, 2005, p.17)

A partir dos dados levantados em sua pesquisa, Alzuguir (2005) aponta relações entre a experiência das usuárias e a passagem por instituições médica e AA na formação da concepção do alcoolismo-doença. Segundo a autora, esta representação está presente no imaginário social do alcoolismo e pode ser reforçada por tais instituições:

“Serviços como os grupos AA e o serviço de alcoolismo foram concebidos como dispositivos sociais na trajetória alcoólica das informantes, onde se desenrolam importantes (re)traduções do imaginário social sobre o alcoolismo – como a reformulação do discurso biomédico – e da constituição de uma identidade social da ‘alcoólica’.” (ALZUGUIR, 2005, p.18)

A autora vai um pouco mais além em sua análise, levantando alguns questionamentos sobre a formação desta concepção de ‘alcoolismo-doença’ presente no imaginário social, indagando-se em quais outras instituições esta representação poderia estar se formando, procurando compreender sua propagação no imaginário social.

Borini et al (1999), em uma pesquisa com 100 mulheres alcoolistas de baixa renda, internadas em um hospital no Brasil, procuram analisar a propagação desta concepção na população brasileira. Segundo os autores, os motivos para tal expansão, vão desde a difusão

concomitante deste discurso na mídia, as pregações dos pastores de diferentes credos religiosos e a: “...maior conscientização dos pacientes por parte dos serviços de atendimento médico.” (BORINI et al: 1999, p. 544). Os autores relacionam ainda observações anteriores sobre definições e conceitos sobre o alcoolismo em segmentos das populações de vários países, que estariam em concordância, em muitos aspectos, com os dos médicos e pesquisadores. (op.cit.)

Segundo Sáad (1998), a concepção do alcoolismo-doença é fortemente utilizada na abordagem dos grupos AA e em diversas abordagens terapêuticas, mas a construção da representação de doença para denominar problemas com consumo de bebidas alcoólicas é datado do séc XIX, estabelecido pelo trabalho do médico Benjamin Rush. Segundo a autora, a caracterização do alcoolismo proposta por Rush como uma doença da ‘perda do controle’ sobre a bebida e a prescrição da abstinência como única forma de cura são noções que iniciaram um modelo de abordagem sobre o alcoolismo cujos princípios embasam até hoje boa parte das abordagens vigentes. Sáad (1998) ressalta que estes princípios podem ser encontrados em abordagens utilizadas na maioria das clínicas do Rio de Janeiro e em vários outros estados do Brasil, sendo predominante nos Estados Unidos. Além disso, a partir do trabalho de Rush, a concepção do alcoolismo como uma doença serviu de embasamento para grupos de mútua ajuda Alcoólicos Anônimos, que o denominam como doença progressiva e incurável, de caráter inato ao indivíduo alcoolista, influenciando ainda abordagem de outros grupos de mútua ajuda para usuários de drogas, como Narcóticos Anônimos. (Sáad: 1998, p11).

Atualmente, as Associações de Alcoólicos Anônimos, conhecidos pela sigla AA, são um recurso muito utilizado por alcoolistas, ou pessoas com algum problema de abuso com o álcool. Os AA são grupos de mútua ajuda constituídos por ex-bebedores e são uma importante instituição bastante difundida em todo país, com salas sempre numerosas e acessíveis para quem quiser ingressar.

Garcia (2003), em uma pesquisa supracitada realizada a partir da observação de um grupo de Alcoólicos Anônimos descreve a construção das noções de alcoolismo-doença e fundo do poço como fundamentais para a adesão da pessoa alcoolista que procura o grupo. A autora defende que estas noções ajudam a construir as identidades de ‘ativo e passivo’ e vice-versa. O alcoólico ativo seria aquele que não tem ‘consciência’ da doença e por isso continua a beber, e o passivo seria aquele que se ‘conscientizou’ da doença e parou de beber. Para Garcia (2003), estas noções ajudam a elaborar o passado referenciado à bebida,

e em se tornando passivo, a pessoa abandonaria este ‘passado desregrado’, afirmando a abstinência como um valor.

Campos (2004a), em um artigo que se propõe a refletir as estratégias terapêuticas utilizadas por membros do AA, analisa a representação de alcoolismo presente nestas associações como doença incurável, sendo comum na literatura de AA a comparação entre alcoolismo e diabetes, uma doença orgânica que ocorre por uma predisposição individual. Nesta ótica, é possível um sujeito ser alcoólico sem necessariamente ter consumido álcool em algum momento: “(...) *é possível ser um alcoólico sem jamais ter bebido, bastando, para isso, não ter tido contato com a bebida alcoólica*”. (CAMPOS, 2004<sup>a</sup>, p.5)

Em outro artigo, Campos (2005) analisa representações de ex-bebedores, membros de um grupo de AA sobre o alcoolismo enquanto doença ‘contagiosa’, colocando que a idéia de alcoolatra para estes membros significa ser dependente do álcool, ‘dominado’ pela bebida, chegando a impedir o doente de escolher entre beber e não beber. A idéia de doença para membros do AA, no entanto, passa também por valores morais:

“A teoria da doença concebe o alcoolismo como uma ‘doença inata’, enraizada no organismo do alcoólico, que constrange a vontade do indivíduo, impedindo-o de agir de modo *responsável*. Ou seja, o alcoolismo define-se como uma doença *física e moral*, que envolve a totalidade da pessoa portadora deste mal, comprometendo a construção do alcoólico como um indivíduo responsável. Como consequência, os AA são impedidos de exercer os papéis sociais de ‘pai/mãe’, ‘esposo (a)’ e ‘trabalhador (a)’.” (Grifos do autor, CAMPOS, 2005, p.271)

Boa parte da produção científica sobre alcoolismo na área da saúde, atualmente, corrobora esta concepção ‘alcoolismo-doença’, sob a argumentação biomédica, muitas vezes justificando a ineficácia das abordagens atuais por argumentos pautados em fatores bio/genéticas que determinariam a propensão e o quadro ‘natural’ de evolução do alcoolismo, ou ainda, associando a etiologia do alcoolismo a outras comorbidades, predominando explicações biológicas para tal patologia.

O uso do álcool entendido como ‘patológico’ é inclusive consenso nas ciências da saúde, como a medicina psiquiátrica, sendo classificado segundo padrões distintos de consumo problemático. Sob estas subdivisões, considera-se uma diversidade no uso problemático do álcool, que vai desde a síndrome de dependência alcoólica até transtornos induzidos por álcool. Ramos e Woitowitz (2004) a partir de em um estudo sobre a história do alcoolismo, apontam que a definição da síndrome de dependência do álcool por Edwards

& Gross, em 1976, ampliou a percepção de alcoolismo, de quadro unitário e merecedor de uma única conduta terapêutica, para uma síndrome, multifacetada, polideterminada e que comporta um espectro abrangente de propostas terapêuticas. (RAMOS E WOITOWITZ, 2004, p.19) Esta visão mantém-se atual até nossos dias e foi a fonte tanto para definições tanto da Classificação Internacional de Doenças – CID - da Organização Mundial de Saúde, assim como o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – que delimitam subdivisões para diferentes tipos de uso prejudicial do álcool.

César (2005), em um estudo sobre o beber feminino, a partir de uma leitura sócio-histórica do processo pelo qual o alcoolismo foi classificado como doença, aponta a importância em se considerar esta concepção de alcoolismo como uma construção histórica, tornando possível relativizar a noção de doença. Segundo a autora, a mudança do CID a partir de 1993, em sua décima revisão, está relacionada à dificuldade em definir o alcoolismo como uma doença, uma vez que o termo Alcoolismo não consta na classificação; a ambigüidade do conceito alcoolismo é refletida na nova classificação com a mudança no CID, que passa então a ‘categorizar’ as conseqüências e comportamentos favorecidos pelo uso ou abuso do álcool. (CÉSAR, 2005, p.11)

### **Estratégias terapêuticas**

Algumas abordagens na saúde para o alcoolismo consideram o papel ativo do sujeito no seu tratamento, sendo a abstinência ou o beber controlado a meta deste, mantendo o problema do alcoolismo como foco do tratamento e da própria vida da pessoa. Quando outros âmbitos são considerados em tais abordagens, como relações sociais, familiares e de trabalho, referem-se aos problemas que o beber problemático e/ou compulsivo pode ocasionar/provocar em tais relações, ou seja, geralmente trata-se de uma leitura do alcoolismo onde os problemas sociais são as conseqüências. Assim, ainda que a recuperação vise os laços sociais, é pouco explorado a perspectiva de que estes mesmos laços possam ter contribuído no próprio desenvolvimento do alcoolismo.

O Ministério da Saúde, ao publicar em 2003 a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, aponta a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas abordada ao longo dos anos por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, sendo ainda associada, no caso do consumo de drogas ilícitas, à criminalidade, práticas anti-sociais e à oferta de ‘tratamentos’ inspirados em modelos de

exclusão/separação dos usuários do convívio social. Na análise do quadro de serviços e políticas voltadas para usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde ressalta as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas como fatores que constituem esta problemática, e que devem ser consideradas na compreensão global do problema (BRASIL, 2003, p.7).

Ainda segundo a análise realizada pelo Ministério da Saúde na formulação da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, na ausência de estabelecimento de uma clara política pública de saúde por parte do Estado diante deste vácuo de propostas, constituíram-se ‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência, o que limita o campo de atuação mais integrada sobre o problema do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e não abarca sua complexidade:

“A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas / terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência.” (BRASIL, 2003, p.34)

A concepção de alcoolismo a partir de uma leitura determinista e polarizada entre saúde/abstinência X doença pode restringir as próprias possibilidades de ação coletiva em prol de um sujeito mais autônomo e entendido como mais amplo que a redução de seu sofrimento à circunstância da dependência ou uso problemático do álcool, na medida em que individualiza o problema e retira dos debates em saúde os determinantes histórico-sociais e políticos e as relações sociais dos sujeitos no cotidiano.

Embora a produção científica sobre do alcoolismo a partir de uma leitura social e cultural seja ainda relativamente escassa, encontramos alguns autores na área da saúde/clínica que relacionam fatores sociais à etiologia e/ou à representação social do alcoolismo.

Xavier et al (1998), em um estudo sobre um serviço universitário público de tratamento para alcoolismo em Vitória, relacionam alcoolismo e contexto socioeconômico, fazendo referência a dados sobre as condições sócio econômicas desfavoráveis dos pacientes adictos que acessam o serviço público. Os autores examinaram o perfil sócio-demográfico de seus usuários, apontando que a maior parte possuía escolaridade inferior ao

2º grau, origem familiar de baixa renda e dificuldades de ingressar no mercado de trabalho. (XAVIER, Z. M. et al, 1998, p. 127)

Figlie et Laranjeira (2004) enumeram algumas características dos clientes com dependência de álcool e outras drogas que geralmente não respondem ao tratamento, destacando, por exemplo: formas mais severas de dependência química; coexistência de condições médicas e psiquiátricas; incapacidade severa em várias áreas da vida; desvantagem socioeconômica; carência de educação formal; desemprego e pobreza; estigmatização social; extensiva utilização do serviço público. (FIGLIE, N. B. e LARANJEIRA, R., 2004, p.64)

Ferreira (2002), ao descrever a análise de uma experiência de um serviço psiquiátrico no Rio de Janeiro que atende pacientes alcoolistas, nos fornece um exemplo desta relação de condições/fatores sociais como elementos determinantes do processo de adoecimento no alcoolismo. A autora nos chama a atenção para a queixa na fala dos usuários relativa a problemas com o trabalho, sobretudo, a ausência de trabalho ou o fato deste estar sob a ameaça de ser rompido. A autora procura investigar o significado do trabalho como um laço social, e a relação deste com o sofrimento vivido no alcoolismo.

Diante destes dados, que se mostram bastante significativos para se pensar a relação entre contexto social/condições sócio-econômicas e problemas relacionados ao alcoolismo, podemos apontar reflexões acerca de dificuldades encontradas por grande parte das abordagens terapêuticas presente na rede de assistência em tratar essa população na medida em que individualizam estes problemas.

Tendo como cenário deste estudo a realidade brasileira, desenhada por grandes desigualdades sociais, com a maior parte da população excluída do mercado formal de trabalho, sob condições sócio-econômicas limitantes, consideramos de suma importância situar o alcoolismo e as dificuldades em enfrentá-lo pelas políticas e ações públicas de saúde na realidade em que adoece e se trata a maior parte da população brasileira. Os serviços públicos de saúde e as políticas subjacentes a estes é que abarcam o sofrimento deste contingente populacional.

Ao contextualizar o tratamento do alcoolismo dentro da rede pública de saúde, cabe problematizar o quanto muitas abordagens terapêuticas sob o paradigma individualizante da saúde presente nesta rede acabam por negligenciar as condições em que vivem e adoecem estes usuários. Para uma atenção mais integral, torna-se imprescindível a consideração de

tais condições que compõem a complexidade deste sofrimento produzido no bojo de uma sociedade desigual.

Plastino (2005), ao realizar uma leitura da sociedade contemporânea, delinea o panorama neoliberal e seus efeitos sobre os modos de se viver na atualidade, argumentando como este cenário produz formas de viver restritas à luta pela sobrevivência, com efeitos nefastos sobre a vida das populações em países ‘em desenvolvimento’, como é o caso da realidade brasileira, com conseqüências como o desemprego, o crescimento da miséria, a exploração do trabalho, um grande descompasso entre as capacidades de produzir e consumir da demanda solvente, irracionalidade crescente do conteúdo da oferta com relação às necessidades básicas da maior parte da humanidade, aumentando em progressão geométrica a desigualdade econômica. O autor relaciona esta conjuntura como fonte de sofrimento e interferindo diretamente na forma como as pessoas vivem e se relacionam, tanto individualmente quanto coletivamente:

“A sociedade do individualismo tem-se tornado também a sociedade da solidão, da intolerância e da xenofobia. A desagregação das formas tradicionais de organização social, por não ser acompanhada da emergência de outras formas de sociabilidade caracterizadas pela solidariedade, abriu um espaço – no contexto da luta feroz pela sobrevivência – a notória expansão de atitudes e condutas narcísicas”. (PLASTINO, 2005, p.23)

Mais adiante, em uma breve passagem, o autor aponta o alcoolismo e o consumo de drogas como formas de viver o sofrimento produzido nesta luta pela sobrevivência: “A *solidão e o desespero que resultam dessa situação se exprimem no sensível aumento de consumo de drogas (legais ou não) e do alcoolismo*”. (PLASTINO, 2005, p.23)

Apontamos a importância em se pensar como as relações sociais, familiares, de trabalho, que constituem também as condições sócio-econômicas, podem estar articulados com o sofrimento decorrente do alcoolismo. Ao tentar construir esta análise, atentamos para a necessidade de relacionar as condições sócio-econômicas e relações sociais destes pacientes como fatores que envolvem o alcoolismo, menos com a pretensão de ‘curar’ ou controlar o alcoolismo para que estes âmbitos possam ser retomados e até restaurados, e mais com a proposta de trabalhar coletivamente com este sujeito e com a comunidade, de forma a ampliar os espaços sociais e subjetivos dos usuários, ainda que não se alcance a abstinência.

Na compreensão da necessidade em se abordar esta complexa problemática de forma mais integrada, a própria Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras

Drogas pelo Ministério da Saúde (2003) delimita parâmetros para as ações de saúde levando em conta fatores sociais como elementos cruciais na atenção aos usuários de álcool e outras drogas:

“Definir políticas públicas para a promoção de mudanças capazes de manterem-se estáveis nos diferentes níveis envolvidos, requer: 1. Mudanças individuais de comportamento que estão diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares; 2. A mudança de crença e normas sociais; (...) 5. A adoção de políticas de promoção a saúde que contemplem ações estruturais nas áreas de educação, saúde e de acesso a bens e serviços- em suma, que incluam na agenda a questão do desenvolvimento.” (BRASIL, 2003, p.29)

Quanto às psicoterapias, dentre as abordagens direcionadas ao alcoolismo, diferentes linhas e escolas teóricas embasam as práticas de tratamento, havendo ainda, dentro algumas correntes, uma diferenciação na classificação diagnóstica e nas ações para os diferentes tipos de uso nocivo do álcool. Discorreremos a seguir brevemente sobre algumas linhas teóricas e estratégias, de forma a situar as principais práticas neste campo, cientes de que esta descrição é uma aproximação superficial de tais práticas e linhas de ação.

Brasiliano e Knapp (2001) argumentam que sob a ótica das psicoterapias nas últimas décadas, subgrupos de pacientes passaram a ser delimitados de acordo com a constatação de diferenças em padrões de consumo e segundo as características pessoais de eleição de drogas, motivações, realidades psíquicas e sócio-econômicas muito distintas. Segundo os autores, muitas abordagens psicoterapêuticas de diversas formações teóricas se desenvolveram de forma a atuar sobre este conjunto diversificado da adicção.

A exemplo destas abordagens, Brasileiro e Knapp (2001) apontam três modelos de psicoterapia mais amplamente utilizados na atualidade, especificando os princípios fundamentais de cada um. O primeiro modelo seria a Abordagem Psicanalítica, cujo ponto fundamental pode ser sintetizado na abordagem do uso de drogas: a relação que o indivíduo estabelece com a droga. Nesta leitura, o sujeito é quem busca a droga, considerando o sujeito como ‘ativo’ nesta relação, ou seja, a droga sozinha não é responsável pela situação do sujeito, e o trabalho da psicoterapia consistiria em auxiliar o sujeito a encontrar outros sentidos de suas vivências que não a droga. (BRASILIANO, S.; KNAPP, P., 2001, p.12)

O segundo modelo psicoterápico citado por Brasileiro e Knapp (op.cit) é a Terapia Cognitivo Comportamental, cuja ação consistiria em corrigir as conceitualizações

distorcidas e crenças disfuncionais do paciente, uma vez que estas seriam um campo fértil para o desenvolvimento de comportamentos adictivos. Para esta abordagem, o foco terapêutico estaria centrado na ajuda ao indivíduo a examinar a forma particular como ele constrói e entende seu mundo (BRASILIANO, S.; KNAPP, P., 2001, p.14).

A Prevenção de Recaídas, desenvolvida por Marlatt, seria a terceira abordagem citada por Brasiliano e Knapp (op.cit.), uma abordagem também cognitivo comportamental, mas especificamente direcionada a comportamentos adictivos. O objetivo desta abordagem consistiria em tornar o dependente apto a lidar com seu comportamento adictivo, identificando pensamentos e crenças distorcidas relacionadas ao beber, as situações de risco e treinando as estratégias para enfrentá-las. (BRASILIANO, S.; KNAPP, P., 2001, p.15)

### **Redução de Danos e expansão da vida**

Num panorama da saúde composto por diferentes frentes, as políticas e ações de saúde para o enfrentamento ao alcoolismo têm que atuar frente às conseqüências das políticas neoliberais. As práticas terapêuticas dominantes, na medida em que individualizam a questão nos sujeitos adictos e tem como premissa e/ou meta a abstinência, podem acabar negligenciando tanto as singularidades, ritmo e necessidades de cada sujeito que sofre deste problema, como o contexto social em que se encontram.

Diante deste quadro de práticas, com uma visão simplificada e reducionista do alcoolismo e consumo de drogas, a estratégia de Redução de Danos mostra-se uma alternativa aos serviços que geralmente exigem a abstinência para a acolhida do sujeito; seu principal objetivo é ampliar a disponibilidades de tratamento e prevenção, diminuindo as exigências para o ingresso. Os princípios e técnicas de Redução de Danos se apresentam enquanto uma abordagem bastante favorável à recuperação e promoção da saúde deste público, pois podem ser utilizados em diversos serviços e associados a diferentes linhas de ação.

De acordo com o Ministério da Saúde, na definição da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003:

“...a prática de redução de danos nos oferece um caminho promissor. (...) reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com eles estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.” (BRASIL: 2003, p.10).

As estratégias de Redução de Danos desenvolveram-se inicialmente como uma abordagem no campo da saúde pública na Inglaterra, Holanda e Austrália, em resposta à crescente crise de AIDS na década de 80. Direcionadas à necessidade de ações preventivas efetivas sobre a epidemia de AIDS, a política de Redução de Danos atuava na abordagem de usuários de drogas injetáveis não visando a aderência dos pacientes aos tratamentos para a abstinência, mas na criação de centros de troca de seringa, juntamente com as terapias substitutivas de heroína por prazo indeterminado e a liberdade de prescrição de drogas, tais como opióides e cocaína. (MOREIRA , F.G et al: 2006, p.813)

Este tipo de abordagem evidenciou questões de preconceito e exclusão vividas há muito tempo pelos sujeitos usuários de drogas, apontando a necessidade em se mudar paradigmas rígidos e estigmatizantes com respeito ao uso de substâncias. Segundo Moreira et al (2006), a proposta de Redução de Danos surgiu incentivando formas de auxílio onde o principal objetivo não era eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico. A impossibilidade (temporária ou não) de um dependente abandonar o uso de drogas passava a ser mais aceita. Os autores argumentam que a política de Redução de Danos se desenvolveu como uma política pública de saúde que se propõe a diminuir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas, onde se parte do princípio que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte desse mundo e trabalha-se para minimizar seus efeitos danosos em vez de simplesmente ignorá-los ou condená-los.(MOREIRA , F.G et al: 2006, p.813)

Segundo Larimer et al, (1999), sob o princípio de Redução de Danos, a abstinência não é, necessariamente, a finalidade do tratamento, ao passo que, qualquer movimento em direção à Redução de Danos é apoiado (LARIMER, M. E., et al, 1999: p.65). Esta forma de abordar a questão permite, ao sujeito que escolhe se tratar, poder fazê-lo enfrentando menos obstáculos e resistências. O princípio de Redução de Danos leva em conta os diferentes níveis e dificuldades relacionadas à dependência, respeitando as singularidades do sofrimento para cada um, constituindo um conjunto de medidas de saúde pública que visam minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas, onde o sujeito tem a liberdade de escolha em parar de usar drogas. (QUEIROZ, 2001, p.13)

No Brasil, a estratégia de Redução de Danos passou a ser reconhecida como necessária em ações da saúde pública para a questão das drogas, fazendo parte da Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, publicado em 2003:

“As ações de redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e o diagnóstico do HIV por meio de intervenções de troca e distribuição de seringas, deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes e saberes populares, criando condição para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas. Hoje se configura, diante do atual cenário a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde”. (BRASIL, 2003, p.37)

Delgado (2005), em sua análise das políticas públicas do Brasil para a questão das drogas e principalmente para o consumo de álcool, reforça a importância da estratégia de Redução de Danos nas políticas de saúde em detrimento de práticas discriminatórias ou reducionistas que buscam a abstinência: “*A adoção do paradigma de redução de danos aparece como portadora de grande potencialidade. Mais grave que a passividade diante do problema seria uma equivocada proposta repressiva e ‘antialcoólica’*”. (DELGADO, 2005, p.168) Mais adiante, o autor reitera a importância de pensar esta estratégia em ações governamentais de forma a propiciar condições para que as pessoas escolham se tratar:

“A abordagem da questão do álcool nos impõe uma compreensão ética que deve pautar as ações governamentais. Quanto aos objetivos a serem cumpridos, temos, por um lado, que garantir as condições para que as pessoas façam escolhas responsáveis e autônomas...” (DELGADO, 2005, p.175)

Segundo César (2005) o modelo de Redução de Danos no Brasil tem atraído a atenção de alguns profissionais, que vem se dedicando a esta prática e isso já está se ampliando, sendo reconhecido e difundido pelo Ministério da Saúde, devido à importância do alcoolismo no âmbito da saúde pública e da saúde coletiva. (César, 2005, p.35)

O princípio de Redução de Danos parece surgir como uma abordagem alternativa a práticas e concepções mais discriminatórias, estigmatizantes, uma vez que amplia o campo de possibilidades de tratamento e de acolhimento para os diferentes usos de substâncias psicoativas. Ainda segundo Moreira et al (2006), dentre os princípios de Redução de Danos, pode-se dizer que esta abordagem é uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença. Esta abordagem pode estar associada ao reconhecimento da

abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos, promovendo acesso a serviços de baixa exigência, ou seja, serviços que acolham usuários de forma mais tolerante, em contraposição às abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário. Segundo os autores, a Redução de Danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático e não no idealismo moralista, e sua proposta é prioritariamente em defesa do dependente/usuário, sendo ampliada para os diversos aspectos da questão do uso e abuso de álcool e drogas, incluindo ações de prevenção primária. Nesta abordagem, o foco deixa de ser a droga em si e passa a ser a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável, permeando todos os aspectos do trabalho, focando o indivíduo como um todo. (MOREIRA , F.G et al: 2006, p.813)

Acselrad (2005) ressalta a importância em se considerar as condições sociais próprias do contexto atual ao uso de drogas nas discussões sobre a estratégia de Redução de Danos para uso de drogas e álcool, sobretudo no campo da educação, analisando criticamente os discursos anti-drogas proferidos por distintas instituições:

“Segundo a proposta de redução de danos, a construção de fatores de proteção da qualidade de vida é vital para se aprender a lidar com os riscos inerentes à vida, entre os quais está o uso de drogas. A própria consciência de um mal estar no mundo atual, advindo do consumo, da competição, da desigualdade social, do desemprego estrutural e de discriminações, é uma questão que precisa ser pensada como condicionante do uso abusivo de drogas”. (ACSELRAD, 2005, p.189)

Segundo Larimer et al (1999), pessoas com problemas de álcool e usuários de drogas ilícitas enfrentam barreiras semelhantes para se tratar, tais como a falta de acesso a serviços de prevenção e tratamentos adequados, que incluem também insistência da abstinência absoluta para o ingresso e a falta de consideração à preferência do cliente ou ao nível de gravidade do problema no planejamento. Para os dois casos, a Redução de Danos é uma estratégia que amplia a disponibilidade dos serviços de tratamento e a prevenção, diminuindo as exigências para o ingresso nesses serviços. (LARIMER, M. E., et al, 1999: p.61)

Contudo, embora a abordagem de Redução de Danos seja uma estratégia utilizada tanto para o uso problemático do álcool quanto para o uso de outras drogas, ainda que estas duas demandas possuam pontos em comum para a aplicação destes princípios, alguns

aspectos são diferentes e tem que ser considerados no planejamento das ações de saúde. Para o uso de algumas drogas, diferente do álcool, a estratégia de Redução de Danos inclui, por exemplo, a redução progressiva do consumo, ou ainda, para algumas drogas, como é o caso da heroína, caso não se consiga acabar ou diminuir a dependência, há a possibilidade de substituí-la por outra substância que cause menos danos à saúde, pela prescrição de metadona. Há ainda a redução de alguns riscos à saúde no caso de drogas injetáveis, através da orientação aos usuários para não compartilharem seringas e a distribuição de material descartável.

No caso do uso problemático e dependência do álcool, a possibilidade de redução ou controle do consumo torna-se uma tarefa no mínimo mais árdua e desafiadora. Não há uma estratégia específica para se alcançar o ‘beber controlado’, um alcoolista dificilmente deixa de ser dependente passando a beber menos a ponto do uso do álcool deixar de ser considerado patológico, sobretudo quando se trabalha com uma problemática cuja concepção hegemônica, presente na maior parte dos usuários de álcool que buscam ajuda, refere-se ao alcoolismo enquanto uma doença cuja característica principal é a falta de controle sobre o beber e a sua cura, a abstinência. Contudo, pode-se pensar em redução de alguns prejuízos decorrentes do uso do álcool sob uma perspectiva mais abrangente. Ainda recorrendo à análise de Larimer et al (1999) para este campo, os autores apontam que embora não se possa falar propriamente em ‘beber controlado’ ou ‘redução do consumo’ como metas desta estratégia, estes princípios podem ser aplicados para reduzir a frequência ou intensidade de recaídas, de forma a reduzir conseqüências mais prejudiciais:

“A redução de danos também pode ser utilizada como prevenção secundária de problemas com álcool por meio de moderação. Em claro contraste com a insistência do modelo de doença e de programas de doze passos, nos quais a abstinência tem que ser o ‘Primeiro passo’ ao lidar-se com os problemas com álcool, a redução de danos estimula uma abordagem de diminuição gradativa para reduzir as conseqüências prejudiciais do álcool ou outras drogas”. (LARIMER, M. E., et al, 1999: p.94)

As estratégias de Redução de Danos para o alcoolismo e uso problemático do álcool, portanto, apresenta algumas questões diferentes a serem tratadas. Segundo Larimer et al (1999), os danos causados pela bebida podem ser reduzidos ensinando-se habilidades, modificando-se o ambiente e promovendo políticas para reduzir os riscos da bebida. (LARIMER, M. E., et al, 1999: p.95)

De acordo com boa parte da literatura consultada sobre Redução de Danos e alcoolismo, as estratégias de Redução de Danos referem-se à restrição do acesso e o consumo de bebidas, através de ações de controle ambiental, como regulamentos para servir bebidas em bares e estabelecimentos de jogos. Há ainda estratégias cuja política de controle ambiental procura diminuir os riscos relacionados a acidentes de trânsito. Outra estratégia consistiria em regulação de propaganda pela mídia. Além disso, uma ação dentro da política de Redução de Danos para uso de Álcool reconhece o direito à informação a todos os consumidores de álcool sobre os efeitos do uso prejudicial, sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e a orientações voltadas para o uso responsável, no sentido da responsabilização e autonomia da pessoa. Nesta mesma linha, estaria incluída a educação de jovens para prevenção de problemas futuros com a bebida, ainda que estas ações possuam um caráter mais preventivo que a redução de danos causados pelo uso de álcool propriamente dita. (DELGADO, 2004)

Segundo Delgado (2005) do ponto de vista da saúde pública, para atenuar e/ou eliminar todos os danos causados pelo consumo prejudicial do álcool e outras drogas, a política voltada para a redução dos danos deve ser intersetorial e integral, incluindo a administração de psicofármacos. Para o autor, esta política deve envolver governo e sociedade em todos os seus segmentos: área cultural e educacional, área sanitária, meios de comunicação, setor produtivo, comércio & serviços, organizações não-governamentais etc. (DELGADO, 2004, p.177)

Guardadas as semelhanças em algumas ações e tendo como prioridade a saúde do usuário sob uma concepção mais ampla e integral, não podemos falar em estratégias de Redução de Danos da mesma forma para uso de álcool e para uso de outras drogas. Dentro da bibliografia pesquisada para este estudo, não encontramos pesquisas ou relatos de experiência sobre Redução de Danos no tratamento somente do alcoolismo. Contudo, as estratégias de Redução de Danos para o álcool, ainda que para muitos autores estejam concentradas no controle do consumo ou sob o controle ambiental dos riscos e danos causados pelo uso do álcool, configuram um conjunto de ações que parecem se colocar de forma alternativa ao modelo de tratamento baseado na abstinência pautado pela concepção hegemônica de alcoolismo, na própria forma em que os usuários vivenciam e se utilizam do tratamento.

Para Larimer et al (1999), a filosofia de Redução de Danos nos últimos anos resultou em uma variedade muito ampla de serviços disponíveis para pessoas com problemas no

consumo e dependência de álcool que estão procurando modificar padrões de consumo danosos, o que pode facilitar a reflexão sobre este paradigma reducionista doença X cura:

“Existe um movimento de afastamento das visões dicotômicas e moralistas dos problemas com álcool, no sentido de entender o álcool simplesmente como parte de continuum de questões de saúde física e mental que desafiam a sociedade atualmente. (...) está se tornando cada vez mais comum verem-se discussões que enfatizem as opções do cliente, as abordagens guiadas pelo consumidor, o parâmetro entre cliente e tratamento. “ (LARIMER, M. E., et al, 1999: p.93)

Considerando o princípio de Redução de Danos e as ações desenvolvidas pelo grupo *TrasmUTAção*, cabe problematizarmos a relação desta prática e este princípio e a possibilidade de outras representações de saúde, doença e tratamento na contramão da concepção de saúde difundida a partir de práticas e saberes hegemônicos. Ou seja, diferente de simplesmente ‘trazer de volta’ aos padrões de normalidade ou abstinência, insuficientes para abarcar a questão da saúde ou tratamento, pensá-la a partir de outros conceitos e parâmetros, para intervir sobre o sofrimento dos sujeitos alcoolistas, a fim de minimizá-lo, criando novas formas de ação, que estejam além da doença, deixando esta última de ser o rótulo inquestionável do sujeito que sofre em suas relações com o álcool.

Como pensar em saúde, por exemplo, se nos referirmos a muitos casos em que pacientes há tempos sem beber – trabalhando, cuidando dos filhos e da família –, ainda assim consideram-se doentes? Suas vidas, neste caso, permanecem identificadas com a doença. O sofrimento permanece, e a ‘normalidade’ não parece suficiente para diminuí-lo.

Se pensarmos sob a perspectiva de Redução de Danos, a diretriz fundamental de qualquer forma de tratamento teria como mola propulsora da prática clínica a preocupação com a vida do paciente, no caso, com o sofrimento associado à bebida enquanto aspecto despotencializante, em lugar da eventual imposição de normas ao sujeito. Por mais que esta imposição se exerça em nome do bem estar e da saúde, implica o grande risco de desconsiderar a história do sujeito, no âmbito da qual o beber pode ser, eventualmente, a forma encontrada para minimizar sofrimentos ainda maiores.

## Capítulo 2: Alcoolismo em mulheres

### Alguns apontamentos teóricos sobre questões de gênero

Para analisar alguns dispositivos utilizados pelo Grupo de Mulheres *TransmUTAção* para tratar o sofrimento de mulheres alcoolistas, cabe ainda considerar as especificidades de gênero do *beber feminino* às quais o grupo pôde dar visibilidade, mas não sem antes apontar os obstáculos que surgem nos estudos sobre mulheres alcoolistas e no próprio tratamento.

Apontamos ainda, como relevância deste estudo, o fato de a maioria das pesquisas sobre alcoolismo estar baseada em amostras masculinas. Tal fato pode nos sugerir diversas hipóteses: que o número de mulheres que bebem é irrelevante em relação ao número de homens; ou mesmo que não há diferença entre a forma como o alcoolismo se dá em ambos os sexos e que, por isto, os resultados de muitas dessas pesquisas acabam se generalizando às mulheres. Estas hipóteses, no entanto, deixaram fissuras, não se confirmaram completamente no cotidiano da clínica. (César, 2005)

No intuito de investigar a relação entre questões de gênero e o alcoolismo, encontramos grande dificuldade pela escassez de estudos sobre alcoolismo feminino e suas especificidades, não só em estudos biomédicos, mas também na área das ciências sociais. Além disso, dentre os estudos levantados, muitos se referem às dificuldades não apenas no tratamento de tais especificidades, como no próprio diagnóstico do alcoolismo em mulheres. Esta dificuldade em diagnosticar o alcoolismo na população feminina já nos levanta alguns questionamentos quanto à invisibilidade da mulher alcoolista, seja na forma como é tratada, na própria forma como adocece, nas dificuldades na procura por ajuda em serviços de saúde, ou ainda, nas lacunas no diagnóstico destes serviços sobre o alcoolismo feminino.

Pechansky et al (1988) realizaram um levantamento em 493 prontuários escolhidos aleatoriamente em um hospital geral na cidade de Porto Alegre, nas áreas de Medicina Interna e Cirurgia, com o intuito de comparar informações sobre problemas relacionados a consumo de álcool entre pacientes homens e mulheres. Segundo os autores, dos prontuários que não faziam referência ao uso de álcool, 63, 6% eram de pacientes mulheres. Dentre todos (homens e mulheres) que continham alguma referência sobre consumo de álcool, nenhum caso entre as mulheres foi considerado problemático. Os autores relacionam dois

possíveis fatores que podem refletir nesta diferença encontrada nos prontuários: primeiramente, a hipótese de que o alcoolismo seja predominante em homens, tendo baixa ocorrência entre as mulheres, concordando com a maior parte da literatura científica que faz referência a esta diferença de consumo. A outra hipótese levantada pelos autores aponta a possibilidade de existirem preconceitos entre profissionais de saúde com relação ao consumo de bebidas alcoólicas por mulheres, sobretudo o consumo problemático, não atentando, assim, para indicativos deste tipo de consumo durante as informações levantadas junto às mulheres. (PECHANSKY, F. et al, 1988, p.89)

A questão da invisibilidade feminina no diagnóstico é recorrente em outros âmbitos de saúde e nos apontam os atravessamentos de construções de gênero sobre a saúde e a assistência à mulher. Esta invisibilidade é refletida tanto pelos serviços de saúde, na medida em que as equipes e profissionais de saúde não ‘diagnosticam’ determinados riscos e doenças, quanto pela dificuldade de mulheres em reconhecer algum problema ou mesmo procurar ajuda após o identificarem. Giffin e Lowndes (1999) abordam esta invisibilidade dos riscos e adoecimentos vividos por mulheres, em um artigo sobre as relações entre gênero, doenças sexualmente transmissíveis e sexualidade. As autoras apontam presença de contradições e de uma hierarquia de gênero presentes não só nas relações entre homens e mulheres companheiros, mas na visão dos próprios profissionais de saúde, em orientar as pacientes quanto aos riscos e procedimentos relacionados às DSTs.

A vulnerabilidade de gênero vivida por mulheres que procuram serviços de saúde muitas vezes não aparece sob o traje de doenças, como no caso do alcoolismo, ou a contaminação por DST/AIDS. As próprias condições sociais, consideradas de risco à saúde, de mulheres que procuram serviços, como a violência de gênero, não encontram muito eco ou mesmo chance de serem pronunciadas neste campo. A grande dificuldade em abordar este tema com a devida atenção e importância que lhe compete é vivida tanto por parte das usuárias atendidas pelos serviços quanto pelos profissionais que integram a atenção à saúde. Giffin e Dantas Berger (2007), ao abordar a violência de gênero no contexto neoliberal que conforma uma sociedade de risco, apontam a necessidade em se atentar para a questão da violência oculta nas demandas nos serviços de saúde. A dificuldade em identificar casos de violência conjugal pode refletir uma dificuldade dos profissionais em reconhecer seu próprio papel perante este fenômeno:

“... sendo um problema social complexo que foge aos limites do modelo biomédico de curar doenças com condutas medicamentosas individuais, é preciso mostrar que os profissionais têm, mesmo assim, uma contribuição importante a dar, no desencadeamento do que parece exigir um esforço multiprofissional e interinstitucional envolvendo a identificação e acolhimento dos casos, acompanhamento dos problemas de saúde relacionados e informações sobre os direitos das mulheres e os recursos psicossociais, jurídicos e de segurança disponíveis às mulheres que decidem confrontar a situação vivida.” (GIFFIN, & DANTAS BERGER, 2007)

As dificuldades nos serviços de saúde em ‘escutar’ a violência e outros problemas sofridos por mulheres podem também refletir ideologias de gênero que atravessam as práticas e as relações no campo da saúde. Isso acaba por retirar esta problemática de sua esfera social, transferindo-a para um âmbito mais íntimo e privado, individualizando e despolitizando a questão, o que dificulta o reconhecimento e a transformações das próprias condições em que essa violência aconteça. Além de não ser fácil para os profissionais de saúde identificar as ideologias de gênero na prática de atenção às mulheres, muitas vezes as múltiplas violências de gênero podem ser vivenciadas pelas próprias vítimas como um problema pessoal/individual que não interessa aos serviços de saúde, o que a torna ainda mais oculta.

Anyon (1990) em um estudo sobre as interseções de gênero e classe se utiliza de conceitos como *resistência* e *acomodação* para compreender como estas ideologias de gênero muitas vezes levam à internalização de um sofrimento, cujos determinantes sociais não são reconhecidos como tal. A autora descreve a reação das mulheres às ideologias de gênero sob uma perspectiva de *resistência* e de *acomodação* aos ‘imperativos de feminilidade’ correntes. Com relação às formas de adoecimento que ocultam ainda mais a força das ideologias sobre o sofrimento vivido pela mulher, Anyon assinala como algumas peculiaridades do alcoolismo vivenciado por muitas mulheres podem estar relacionadas à *resistência* e à *acomodação* aos papéis femininos:

“...o alcoolismo, esquizofrenia e outras formas menos drásticas de doença mental, tanto quanto a dependência de drogas, podem ter parte de sua origem nas tentativas mal sucedidas de conciliação entre as contradições de ser mulher. (...) tais doenças são formas escondidas de protesto e particularmente sob medida para apropriação pelas mulheres. Elas expressam resistência ao papel de mulher através de formas privadas, discretas e aquiescentes, em vez das formas abertas, públicas e sóciopáticas que os homens utilizam.” (ANYON, 1990, p.18)

Outra ilustração deste sofrimento vivido e interpretado como experiência individual e ‘pessoal’ pode ser encontrada em uma pesquisa supracitada realizada por César (op.cit),

na qual participaram mulheres alcoolistas que se tratam na STA. A autora aponta neste estudo as relações entre os estereótipos de gênero e o beber feminino, e detectou através de entrevistas realizadas situações de violência doméstica vividas por mais da metade das entrevistadas, em momentos distintos da vida. A autora faz uma relação entre o beber feminino e a violência de gênero sofrida:

“Observamos que o beber feminino está atravessado por essas relações e interações sociais onde as relações de gênero estão muito presentes. Particularmente observamos uma questão grave que é a relação do beber feminino com a violência. Não da perspectiva (não menos significativa) onde o alcoolismo provoca a violência, mas sim, onde a violência pode contribuir para gerar alcoolismo”. (CÉSAR, 2005)

A leitura de César (op. cit.) considera as experiências de violência de gênero em diversas situações às quais as mulheres foram submetidas como fatores envolvidos na dinâmica de sofrimento e ‘evolução’ do alcoolismo. Em sua análise, César sugere uma o a violência como um fator que contribui para gerar o alcoolismo, ou seja, o alcoolismo poderia ser interpretado como um efeito possível de tal violência, não desconsiderando outros fatores associados neste processo de adoecimento, mas também não ignorando a relevância destas experiências na história destas mulheres, atravessada pelas construções e violências de gênero. A autora aponta o sofrimento e violência vividos por mulheres alcoolistas e a relação possível destas vivências com a abstinência e o abuso da bebida, sinalizando a presença de contradições entre estereótipos de gênero e a história e condições de vida das mulheres entrevistadas em sua pesquisa. César faz referência ainda a sentimentos como insatisfação e frustração associados a não adequação dessas mulheres tanto às expectativas tradicionais quanto às ideologias novas sobre o *ser mulher*. Isto que pode favorecer uma sensação de tristeza e desamparo pelo não pertencimento e não cumprimento de papéis femininos. A autora discute a presença dos estereótipos de gênero nos conflitos vividos por estas mulheres, apontando uma relação dialética entre o alcoolismo e estas experiências, onde a dinâmica do ‘beber’ atravessa a construção do ‘ser mulher’:

“Ser mulher, como se vêem enquanto mulher e mulher alcoolista são face da mesma moeda. Refletem toda a ambigüidade da sexualidade feminina e mais, a ambigüidade do *beber feminino*. E a ambigüidade do beber reflete as relações de gênero, os estereótipos, portanto, a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres”. (CÉSAR, 2005, p.104)

Alzuguir (op. cit) sobre uma outra perspectiva, também relaciona os estereótipos de gênero à experiência do alcoolismo, fazendo uma análise do discurso proferido por mulheres alcoolistas usuárias da STA. Diferente de César (op. cit.), Alzuguir propõe uma leitura destes discursos a partir de dois planos: um moral e outro bio-físico, com a valorização do segundo enquanto uma concepção biomédica no sentido de uma ‘desculpabilização’ e ‘desresponsabilização’ dos julgamentos morais sobre si mesmas. Alzuguir defende que o discurso das mulheres que passaram por tratamentos para alcoolismo ou grupos de mútua ajuda traz a concepção biomédica do alcoolismo, ancorada na idéia de doença incontrolável como uma forma de desresponsabilizar e desculpar as transgressões das informantes ‘causadas’ pelo alcoolismo, uma vez que esta concepção bio-física encobriria o não cumprimento às expectativas sociais femininas, neutralizando as críticas morais da sociedade sobre o uso que fazem da bebida: “*o discurso biomédico sobre o alcoolismo é valorizado pelas mulheres alcoólicas numa tentativa de desculpabilizarem transgressões em relação às expectativas de gênero, devido ao consumo cotidiano de bebida*”. (ALZUGUIR, 2005, p.19)

Neste sentido, Alzuguir propõe uma perspectiva de uma relação dos estereótipos de gênero não como fatores que produziram ou contribuiriam para o processo de adoecimento no alcoolismo, mas de uma apropriação do discurso biomédico do alcoolismo-doença por estas mulheres justamente como uma forma de justificarem o não cumprimento de papéis femininos ‘socialmente desejados’.

### **A emergência do alcoolismo feminino na atualidade: o contexto social.**

A literatura científica e a prática na área de saúde nos mostram que o alcoolismo feminino ainda é pouco visível tanto pelo diagnóstico quanto pela procura por tratamento relativamente pequena por parte das mulheres. Contudo, nos últimos anos, essa procura tem aumentado sensivelmente, nos apontando indagações sobre a vivência desta problemática pelas mulheres na atualidade, ou seja, quais são os fatores e contingências que tornaram possível o alcoolismo feminino ‘aparecer’ mais nos serviços de saúde, ou ainda, se trata-se

de um crescimento do alcoolismo na população feminina nos últimos anos, quais seriam ainda as razões para isto?

Hochgraf et al (1990), em um estudo comparativo de dados sociodemográficos e outras características relacionadas ao uso de álcool entre homens e mulheres usuários de um serviço num Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, apontam que, nos últimos anos, o número de mulheres alcoolistas tem crescido. Em levantamento bibliográfico realizado pelos autores, é comprovado o aumento do número de mulheres alcoolistas em pesquisas de levantamento epidemiológico e em procura por tratamento. Este fato é confirmado pelo crescente número de mulheres alcoolistas que buscam o serviço estudado nos últimos anos, e tal aumento não se deve ao crescimento proporcional da população geral atendida pelo serviço. Contudo, Hochgraf et al (1990) consideram que as necessidades de mulheres alcoolistas são ainda pouco estudadas, refletindo-se em dados vagos e conflitantes na literatura. (HOCHGRAF, P. et al 1990, p.29)

Segundo Blume (1986) a partir da Segunda Guerra Mundial houve um aumento significativo do número de mulheres alcoolistas nos estudos sobre este problema. O aumento do número de mulheres alcoolistas atualmente pode nos apontar inúmeras indagações sobre os determinantes deste consumo. Sobre a hipótese de Blume, César (op. cit.) argumenta que esse aumento não poderia nem ser considerado por alguns estudos, uma vez que em levantamentos anteriores a este período, as mulheres não eram incluídas como população alvo. A autora problematiza o fato de esta população ter sido pouco estudada anteriormente, podendo relacionar-se diretamente com o estigma relativo ao consumo de álcool em mulheres. (CÉSAR, 2005, p.13)

Segundo Hernnecke e Fox (1991), o beber das mulheres aumentou em acordo com certa 'permissividade' maior na sociedade atual, permitindo que elas freqüentem lugares antes interditados, e autorizando-as, inclusive, a beber em quantidade, em público. Contudo, os autores apontam que esta permissividade tem limites, não se estendendo a um relaxamento das atitudes sociais em relação à embriaguez das mulheres. (HERNNECKE, L; FOX, V., 1991, p.227)

Nóbrega e Oliveira (2005), em um estudo qualitativo sobre mulheres usuárias de álcool argumentam que o julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo muito árduo, havendo uma pressão social maior sobre as mulheres do que sobre os homens para parar o uso de álcool:

“A visão da sociedade frente ao alcoolismo feminino é bastante agressiva, a mulher é considerada mais imoral, com comportamento inadequado, sofre com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menos frequência do que os homens, o que lhes acarreta mais comprometimento ao longo do uso”. (NÓBREGA, M.P.; OLIVEIRA, E.M., 2005, p.820)

Entendemos que o fato das mulheres agora ‘aparecerem’ mais em estudos sobre alcoolismo pode relacionar-se diretamente às necessidades e condições sociais e econômicas a que estão submetidas atualmente. Nesta linha, podemos refletir sobre as mudanças sociais que podem ter influenciado este consumo de álcool por mulheres, como as exigências e necessidades de trabalho remunerado, consumo, dupla jornada de trabalho, cuidado dos filhos. Santana (1987) argumenta que o aumento do alcoolismo em mulheres na América Latina poderia ser entendido, dentre outros fatores, pela mudança de papel da mulher com relação ao mercado de trabalho e à vida política. Segundo a autora, a tendência deste aumento estaria ligada a: “*questões de natureza social, tais como a ampliação do mercado de trabalho feminino por ocupações não tradicionais*”, ou seja, a ocupação de postos que antes eram majoritariamente ou exclusivamente masculinos, e onde as alterações de normas de comportamento social teriam propiciado maior permissividade e tolerância ao uso de bebidas alcoólicas pelas mulheres (SANTANA, 1987 apud CÉSAR, 2005, p.13).

As questões que se colocam sobre a ‘emergência’ do alcoolismo feminino nos últimos anos nos leva a refletir sobre como as relações de gênero podem estar influenciando este processo do ‘aumento’ do beber feminino. Os fatores sociais analisados acima, como o aumento da maior pressão sobre as mulheres pela dupla/tripla jornada de trabalho, assim como antecedentes de violência doméstica na família de origem que são ‘descobertos’ (ainda que com dificuldade) nos serviços de saúde e, ainda, o aumento da permissividade do beber feminino, são elementos que podem pesar fortemente neste processo de adoecimento das mulheres atualmente.

Além da relação possível entre as atuais condições de vida da maioria das mulheres e as formas de adoecer, há que se levar em conta as dificuldades concretas encontradas no cotidiano das mulheres na busca pelo tratamento. Estas dificuldades enfrentadas pelas mulheres que dependem dos serviços públicos de saúde podem, muitas vezes, impedir que ela ‘apareça’ nestes serviços, erguendo verdadeiras barreiras estruturais ao tratamento. Hernnecke e Fox (1991) apontam que a falta de emprego e de suporte financeiro, bem como de ajuda legal, podem ser enumerados como alguns desses possíveis obstáculos, além

da própria família e filhos, que podem se colocar como dificuldades adicionais na procura por ajuda:

“Embora os filhos possam ser uma alavancagem eficaz para motivar a mulher alcoolista a procurar tratamento, eles também podem ser um obstáculo quando não há creches ou onde elas sentem a ameaça de perder a custódia de seus filhos admitindo seu alcoolismo ao procurar tratamento”. (HERNNECKE, L; FOX, V., 1991, p.234)

A partir da literatura levantada e da prática cotidiana no tratamento do alcoolismo, podemos pensar o *beber feminino* sob uma perspectiva em que as condições sociais e subjetivas das mulheres alcoolistas devem ser consideradas dentro da lógica de produção onde estão inseridas e às quais estão assujeitadas. Neste sentido, tais condições são ilustradas não somente pela abertura e ampliação de espaços sociais para novas atuações das mulheres enquanto sujeitos ativos na construção destes espaços. Estas novas atuações possíveis no mercado de trabalho, na família, nas inúmeras relações que constituem a vida social e subjetiva, implicam também conflitos e contradições gerados pelos atravessamentos sociais de gênero, que podem ser produtores de autonomia, mas também de sofrimento.

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

## *Parte II: Entrando no Campo de Investigação*

### **Procedimentos Metodológicos**

O objetivo geral do presente estudo é analisar o trabalho do Grupo de Mulheres *TransmUTAção* da Seção de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro dentro do conjunto de práticas e políticas de saúde voltadas para o alcoolismo e de que forma esta prática se aproxima do princípio de Redução de Danos

Sendo este estudo uma pesquisa qualitativa, e o nosso objeto de estudo o trabalho do Grupo de Mulheres *TransmUTAção*, o procedimento de análise envolve uma leitura crítica e atenta sobre o trajeto do mesmo desde sua criação, procurando identificar nos trabalhos as ações que se relacionem com o princípio de Redução de Danos. Para tanto, descrevemos a trajetória do Grupo de Mulheres *TransmUTAção* desde sua criação, situando-o na história de atendimento a mulheres da STA. Analisamos em seguida suas principais atividades em ordem cronológica.

Para compreender a percepção das usuárias envolvidas no trabalho Grupo, aplicamos entrevistas individuais semi-estruturadas, o principal recurso utilizado nesta pesquisa, de modo a analisar a relação entre as representações sobre saúde, doença e tratamento, e algumas atividades desenvolvidas pelo grupo. Desenvolvemos um roteiro prévio, com questões que pudessem esclarecer os nossos temas e, ao mesmo tempo, dar um espaço de liberdade para as entrevistadas fazerem associações outras, concernentes a sua história de vida, opiniões sobre o tratamento e outras considerações que julgassem relevantes. Desta forma, estas afirmações poderiam trazer elementos significativos para nossa investigação, principalmente se esses elementos fossem coincidentes, nos fornecendo material para compreender as representações sobre saúde, doença e tratamento, e a relação destes conceitos com algumas atividades desenvolvidas pelo grupo.

Participaram da pesquisa seis mulheres que se tratam na STA que freqüentam o Grupo de Mulheres *TransmUTAção* assiduamente. O critério principal era que estivessem inseridas neste no período de pelo menos um ano e participado de no mínimo duas das atividades a serem enfocadas, desde que uma destas atividades estivesse entre os trabalhos já desenvolvidos pelo grupo e apresentados para o público/comunidade fora do âmbito do hospital, que incluem as oficinas de papel, de compostagem e alimentação viva realizadas

em feiras de ciências e grupo vocal; e outra atividade, necessariamente a oficina de geração de renda e capacitação das usuárias do grupo - bijuteria, em andamento.

Através do roteiro, pretende-se avaliar o depoimento das mulheres entrevistadas e registrar a percepção delas sobre a importância destas atividades, mas principalmente, o que pensam deste modo de tratamento comparado a outras práticas. Para isto, o roteiro explora questões sobre a forma de inserção no tratamento e que mudou para elas depois da entrada no grupo, incluindo perguntas sobre os significados de saúde, doença e tratamento, e sobre as estratégias que passaram a utilizar para se tratarem após o ingresso no grupo.

Para explorar melhor a percepção das entrevistadas sobre os assuntos pesquisados, o roteiro das entrevistas foi dividido em quatro temas principais, mas relacionados entre si: as representações sobre saúde e doença, gênero, tratamento e alguns trabalhos específicos do Grupo de Mulheres, passando pela visibilidade do alcoolismo em mulheres e das condições de vida relacionadas a gênero. A intenção era apreender, através das entrevistas, a relação do trabalho do grupo às mudanças (ou não) nas representações sobre saúde, doença, gênero e tratamento das entrevistadas, ou seja, procurar investigar se houve, em alguma medida, alguma transformação ou resignificação destes conceitos para as usuárias após a inserção no grupo. Pretendemos ainda analisar como as ações do grupo podem ser relacionadas ao princípio de Redução de Danos, a partir de elementos no depoimento das usuárias.

As entrevistas foram feitas pela pesquisadora, que atuou no grupo como estagiária de Psicologia desde 2002 até 2005 e a partir de então, como voluntária, no qual permaneceu até meados de 2007, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas pela própria entrevistadora. Foram observadas e garantidas todas as questões éticas de acordo com a Resolução 96/1996.

O fato de a pesquisadora ter participado do grupo durante um período de 5 anos, acompanhando o grupo desde sua fundação, possibilita uma leitura mais próxima deste trabalho, mas imprime também uma necessidade de se atentar a aspectos subjetivos nesta análise. A pesquisadora, ao iniciar o trabalho de campo do mestrado, afastou-se um pouco dos encontros semanais do grupo, mas sem romper o vínculo com o trabalho. A experiência da entrevista dentro desse contexto foi muito significativa com contribuições para a pesquisa, mas também para o trabalho dentro do grupo. A pesquisadora, enquanto participante do grupo, teve um contato com todas as entrevistadas desde a inserção de cada uma, o que permitiu uma relação próxima das integrantes. Apesar desta proximidade e

convivência já existente, foi no momento da entrevista para o Mestrado que alguns detalhes maiores sobre as histórias de vida e sobre o que pensam do tratamento apareceram.

Neste caso, a pesquisa qualitativa foi extremamente relevante. Minayo (1992) afirma que o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva, contemplando também o afetivo, o existencial e o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum. (Minayo –1992).

Na análise das entrevistas, exploramos alguns assuntos que mostraram-se mais relevantes e comuns às entrevistadas, tendo em conta o que procuramos apreender com este estudo. Para fins de organização, a análise dos seguintes temas serão enumeradas e exploradas uma a uma, mas sempre se conectando dentro do assuntos explorados: a motivação e os fatores associados ao alcoolismo, ou seja, qual a motivação para beber (relação entre trabalho, vivências familiares e alcoolismo); a procura pelo tratamento e a inserção neste, quais os motivos para se tratarem, o que buscavam; percepção sobre as diferenças de gênero tanto na motivação para beber, para se tratar e se acham as práticas de saúde diferenciadas de acordo com o gênero, e preconceito existente com relação ao alcoolismo e ao alcoolismo feminino; comparação entre outros tratamentos e Grupo de Mulheres, o que buscam no tratamento e em que ele ajuda; a importância dos trabalhos que interagem com o público; diferença entre as oficinas do grupo e a importância de cada uma; imagem da mulher alcoolista antes e depois do grupo; concepção de alcoolismo e saúde antes e após a inserção no tratamento.

## **Perfil das entrevistadas**

Em relação aos dados sócio-demográficos observamos, dentre as mulheres entrevistadas, a faixa de idade varia entre 29 e 71, sendo que uma tem 42 e as outras 50, 53 e 54. Das seis mulheres entrevistadas, uma não concluiu o ensino médio, quatro possuem o ensino médio completo como nível máximo de instrução, sendo uma formada como técnica em contabilidade, e outra ainda cursa módulos de qualificação profissional. A sexta é a única que possui o 3º grau incompleto e ainda estuda atualmente.

Com relação ao trabalho e profissão, todas as entrevistadas já trabalharam fora, com carteira assinada, mas atualmente, nenhuma possui trabalho formal. Duas se consideram autônomas: uma é chaveira, mas atualmente considera esta ocupação como um 'bico', pois só trabalha esporadicamente e não tira dele o suficiente para o sustento, a renda da casa é provida pela companheira; a outra que se diz autônoma é a única do grupo que cursa faculdade de moda também, vendendo bolsas que produz, embora também relate que esta renda seja insuficiente para o sustento, complementando a renda com o benefício do INSS devido ao diagnóstico de depressão, e com a ajuda que recebe da família para completar a renda de casa. Outras duas se declaram aposentadas, uma delas formada e tendo trabalhado como técnica em contabilidade, e a outra trabalhou a maior parte do tempo como vendedora autônoma, se dizendo como tal até hoje, mesmo aposentada. As duas deixaram de trabalhar devido ao alcoolismo, mas pretendem voltar a trabalhar. As duas últimas não se consideram trabalhando, sendo que uma já trabalhou em empresas de limpeza e fábrica de engarrafamento de bebida, mas não definiu a profissão, dizendo-se pensionista; e a outra também recebe benefício do INSS devido ao diagnóstico de depressão, não trabalha atualmente, mas define a profissão como governanta de hotel, na qual atuou bastante tempo.

Com relação à renda, todas elas somam o que recebem a outras rendas complementares. A renda pessoal varia de nenhuma a 1.000 reais, e a renda total da casa varia entre 1.000 e 2.500 reais.

Três entrevistadas foram casadas ou tinham companheiros. Dessas três, duas mantiveram-se amigadas, depois de dois casamentos, sendo que uma teve uma filha do primeiro casamento. A terceira ficou viúva do único casamento, e deste casamento teve

uma filha, hoje também falecida. Atualmente mora com o neto. As outras três mantiveram-se solteiras, das quais nenhuma teve filho, uma mora sozinha e duas moram com a mãe.

Segue abaixo tabela com os dados sócio-demográficos das entrevistadas.

	<b>Olga</b>	<b>Anita</b>	<b>Chiquinha</b>	<b>Maria Bonita</b>	<b>Adelina</b>	<b>Tarsila</b>
<b>Idade</b>	29	54	53	50	71	42
<b>Nível de instrução</b>	2º grau completo	2º grau completo	2º grau completo	2º grau incompleto	2º grau completo	3º grau incompleto
<b>Profissão</b>	Chaveira/	Vendedora	Técnica em contabilidade	Hoteleira/governanta	Pensionista/do lar	autônoma
<b>Trabalha</b>	Sim / Autônoma	Não	não	Não	Não	Sim/autônoma
<b>Estuda</b>	Não	Não	Não	Curso de qualificação	Não	Sim, Faculdade de moda
<b>Quantos casamentos</b>	2	Nenhum	Nenhum	2	1	Nenhum
<b>Estado conjugal</b>	Amigada	Solteira	solteira	amigada	viúva	Solteira
<b>Renda mensal e renda da casa</b>	Nenhuma e 2.500 (companheira)	700 (aposentadoria) +1300 do namorado	Aposentada (1 salário) + 1 salário (mãe-aposentada) = 1200	Benefício (doença) +renda companheiro 1.000	Pensão = 1.000	Benefício (doença) + renda família = 2.300
<b>Com quem mora</b>	companheira	Só	Mãe	Companheiro	Neto	Mãe
<b>Filhos</b>	Não tem	Não tem	Não tem	1	1 falecida	Não tem

### **Capítulo 3: Descrição do processo de construção do grupo TransmUTAção**

#### **Histórico do atendimento a mulheres na STA no Instituto Philippe Pinel**

Através deste estudo pretende-se analisar como o grupo afeta as representações de saúde, doença e tratamento através de suas ações, e ainda, como o princípio de Redução de Danos está presente nas atividades. Para tanto, os relatos das usuárias serão o principal material para analisar estas representações, considerando ainda os atravessamentos de estigmas, condições sócio-econômicas e culturais vividas por elas. Para melhor analisar o trabalho do grupo sob esta perspectiva, cabe traçar seu trajeto desde o início até hoje, pontuando suas reflexões e atividades ao longo de seu desenvolvimento, para finalmente focarmos nossa análise sobre alguns dispositivos utilizados pelo grupo.

Antes de adentrarmos ao grupo propriamente, faremos uma descrição da STA, com a finalidade de apresentar as regras, princípios e concepções presentes na abordagem terapêutica utilizada pelo serviço, uma vez que é neste serviço onde se localiza o trabalho do Grupo de Mulheres. O conjunto de características que configura a prática da STA não está isento de concepções hegemônicas de saúde contidas nas diretrizes, princípios e ações. A classificação do alcoolismo como uma doença e a própria idéia de que não se trabalha com cura, mas tratamento são concepções que norteiam a prática do serviço, visto que é um serviço de saúde. No entanto, isto não significa que a abordagem seja rígida, haja visto a própria combinação destas concepções aliadas ao princípio de Redução de Danos, por exemplo. A idéia desta apresentação não é defender a prática da STA em detrimento de outras, mas sim apresentá-la a fim de levantar elementos para analisar as representações sobre alcoolismo e saúde envolvidas na prática deste serviço.

A Seção de Tratamento de Alcoolistas (STA), do Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), situado em Botafogo – RJ, antes chamada de Unidade de Tratamento de Alcoolismo (UTA), é um serviço de ambulatório, internação e hospital dia para pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas, e configura-se como um segmento separado dos demais espaços do IMPP, pelo tipo de tratamento destinado a um público específico, compreendendo suas próprias atividades e dispositivos terapêuticos, e pelo espaço físico: ocupa dois andares de um pequeno prédio, situando-se a internação em um andar e o ambulatório e Hospital Dia, em outro.

Minha experiência na STA não se restringiu a atividades no Grupo de Mulheres. Durante todo tempo de estágio, vivenciei boa parte da rotina do serviço em seus diferentes espaços: acompanhei pacientes individualmente, tanto durante a internação como após a alta, participei de grupos de reflexão com usuários em regime de internação, grupos de terapia no ambulatório, grupos de reflexão com familiares de usuários e oficinas do hospital dia, além das discussões e planejamento de atividades e estratégias junto à equipe. A descrição do funcionamento da STA é realizada, portanto, partir desta experiência e de mais alguns dados coletados no diário de campo durante minhas visitas para a realização das entrevistas.

A STA atende alcoolistas desde agosto de 1985, e o tratamento atualmente prioriza o regime de ambulatório, onde são realizados atendimentos psicoterápicos individuais e em grupo, terapia medicamentosa e grupos de família. No regime de internação, os pacientes participam dos grupos e oficinas do ambulatório e hospital dia, de modo a já ingressarem no tratamento e darem seguimento assim que receberem alta. Três psiquiatras, dois homens e uma mulher, são responsáveis pelo atendimento tanto na internação quanto ambulatório. Quando o paciente recebe alta da internação, a orientação é que mantenha o acompanhamento ambulatorial com o mesmo psiquiatra que o atendeu durante o período em que esteve internado. Normalmente, a psiquiatra atende todas as mulheres que se tratam no serviço e os psiquiatras ficam responsáveis pelo acompanhamento dos homens. A internação é curta, com duração de geralmente duas semanas, tempo indicado para a desintoxicação e para os usuários conhecerem o tratamento. Há algumas internações que são realizadas por procedimentos diferentes do quadro de desintoxicação e ingresso na STA, como situações agravadas pelo uso do álcool que podem colocar em risco a vida do usuário, não sendo o acompanhamento ambulatorial suficiente e, por isso, exigem um cuidado mais próximo e uma avaliação mais demorada, ultrapassando este tempo de duas semanas. A política do serviço, no entanto, procura evitar sempre que possível as internações excessivas e demoradas.

O Hospital Dia da STA é um modelo de atenção criado para os usuários alcoólicos, localizado nas dependências da STA, sendo portanto separado fisicamente das outras atividades do hospital que não estejam incluídas na STA. As atividades da STA que se dividem entre oficinas são: Oficina de Vídeo, Oficina do Livro (Biblioteca e Grupo de Leitura), Lian Gong (ginástica chinesa), Oficina de Restauração de Móveis, Oficina de

Jardinagem, Espaço Digital, Espaço Musical e Oficina de Dança, além do Grupo de Mulheres.

Para internar-se na STA, é necessário antes passar pela equipe de recepção da Emergência / Pronto Socorro do IMPP, onde é feito um boletim de atendimento, para então encaminhar à STA os casos em que há indicação. A emergência funciona todos os dias da semana e em regime de plantão ou seja, em tempo integral. Caso o paciente já tenha se internado antes, seu prontuário é resgatado e disponibilizado para o psiquiatra que irá atendê-lo. Quando é o caso de encaminhar o paciente à STA, tanto para internação quanto para ambulatório, a equipe da STA avalia as propostas de tratamento. Há situações em que a desintoxicação é realizada em regime ambulatorial, durante o dia, sem a necessidade de internação.

Quando há a indicação para internação, normalmente o paciente é transferido primeiro ao leito diagnóstico, um espaço do IMPP dividido em feminino e masculino, sendo um espaço de avaliação para pacientes de todo o hospital, com transtornos diversos. O paciente é encaminhado para leito enquanto aguarda vaga para internação na STA, tempo que pode durar, desde algumas horas até dois dias.

A STA tem como diretriz para o tratamento do alcoolismo, o atendimento de alcoolistas sem a presença de ‘comorbidade’, ou seja, sem a presença de mais de um transtorno, como, por exemplo, alcoolismo junto com transtorno psicótico, ou alcoolismo e ‘dependência’ de cocaína. Segundo a abordagem da STA, o alcoolismo seria uma doença com especificidades que a diferenciam de outros quadros. Nos casos em que há predominância de outro transtorno, encaminha-se para outra instituição psiquiátrica, havendo casos em que os pacientes sejam encaminhados do próprio leito diagnóstico, não passando pela STA. Esta diretriz se faz necessária em casos de comorbidade em que os outros transtornos são predominantes e com características que demandam um tratamento mais específico, ou seja, quando a equipe avalia que o serviço não é capaz de dar suporte necessário para o caso, visto que o alcoolismo é secundário. Entretanto, muitos usuários da STA sofrem de outros transtornos associados ao alcoolismo, mas este último é o problema mais grave nestes quadros, ainda que possam ter relação direta, como alcoolismo e depressão, ou pânico, como veremos mais tarde, nos relatos.

Além dos casos de comorbidade, outros quadros são também encaminhados para outras instituições, como casos de usuários já conhecidos na instituição pelo histórico de fuga anterior do hospital, ou ainda, no caso de usuários que são flagrados utilizando ou

fornecendo bebida e/ou outras drogas dentro do hospital. Nesta última situação, o procedimento é mais rígido: o usuário recebe ‘alta administrativa’, significa uma alta com impossibilidade de uma outra reinternação na STA.

A enfermaria da STA é separada em feminina e masculina, com vaga para cinco mulheres e 16 homens. Além dos leitos, existem salas de atendimento psiquiátrico, o posto de enfermagem, um ambiente de espera com televisão e uma sala para desintoxicação, que pode ser feita em idas periódicas do paciente ao hospital, caso não haja necessidade de internação. No período de internação, além das atividades de internação e ambulatório, os internos têm acesso ao pátio do hospital.

O tratamento realizado na STA é planejado em equipe, todos os assuntos relativos ao trabalho – os usuários, suas evoluções, os projetos, atividades e impasses no setor e na relação do mesmo com o restante do instituto – são discutidos durante a reunião de equipe, realizada semanalmente. Quando surge algum imprevisto, não sendo possível aguardar a próxima reunião, busca-se decidir em conjunto com o maior número de pessoas possível, a fim de desenvolver estratégias minimamente coletivas. Esta forma de operar permite repensar constantemente o trabalho, revendo sempre os problemas do cotidiano do setor, assim como as particularidades e impasses que aparecem, a cada dia, no tratamento dos usuários.

A abordagem utilizada pela STA não segue uma linha teórica específica, a equipe lança mão de diversos dispositivos nos espaços de tratamento. No entanto, os grupos de Terapia são orientados em sua maioria pela ‘escuta psicanalítica’, com a utilização de princípios como a tentativa de implicação do sujeito em relação às questões pessoais, e a abordagem do sofrimento do sujeito de modo integral, não necessariamente focando o alcoolismo, mas o sofrimento como alvo de intervenção.

Em minha passagem como estagiária pelo setor, acompanhei a discussão de alguns estratégias e princípios adotados pela equipe para o atendimento aos usuários do serviço. Em casos, por exemplo, em que algum paciente chegue ao serviço alcoolizado, a não ser em casos de encaminhamento para internação, a conduta da equipe técnica consiste geralmente em não deixar o paciente participar de algum trabalho em grupo. Há casos, por exemplo, em que os pacientes bebem muito antes de chegar aos grupos ou oficinas e acabam por não ter condições mínimas de participar do trabalho ou das discussões, tendo dificuldade de escutar as outras pessoas, ou impedindo o andamento das atividades. Nestas ocasiões, a equipe costuma encaminhá-los a um atendimento que ofereça atenção

individualizada até que o paciente possa voltar pra casa, ou mesmo a uma internação se for o caso. Contudo, quando a equipe avalia que as chances de uma interferência negativa no trabalho em grupo são pequenas, e o usuário precisa daquele espaço, a participação deste no dispositivo acontece. Mais adiante, exploraremos melhor este tipo de intervenção em situações referentes ao Grupo de Mulheres.

O Grupo de Mulheres é uma oficina realizada com usuárias da STA e, portando, atende aos princípios e estratégias adotados pelo serviço. O trabalho realizado no grupo se destaca dos outros tanto pelos objetivos quanto pelos efeitos, sendo um espaço criado exclusivamente para o atendimento de mulheres alcoolistas, diferentes das demais oficinas do hospital dia e atividades do ambulatório e internação, onde o atendimento é misto. No entanto, a atenção diferenciada à clientela feminina é recente neste serviço.

Antes do surgimento do Grupo de Mulheres, o tratamento para alcoolistas na STA atendia homens principalmente, sem que houvesse, inclusive, leitos para internação de mulheres. Até então, a procura feminina pelo serviço era escassa e o atendimento, quando acontecia, ficava restrito ao ambulatório. A partir de 1999, a STA passou a oferecer leitos para internação feminina, e a procura tornou-se significativa, acarretando um aumento do número de mulheres atendidas no ambulatório. O tratamento destinado a homens e mulheres era indiferenciado, acontecendo no mesmo espaço. No entanto, o atendimento às mulheres logo se mostrou inadequado, aspecto denunciado pela forma como as mulheres respondiam à proposta terapêutica do serviço indicando a necessidade de uma atenção diferenciada.

Neste cenário, a equipe da Seção de Tratamento de Alcoolismo introduziu o termo *beber feminino* em suas discussões sobre a demanda de tratamento das mulheres, para designar as especificidades do alcoolismo feminino. Estas especificidades eram percebidas, por exemplo, pelo estado em que as mulheres chegavam. Embora a maioria das mulheres tivesse menos tempo que os homens de abuso de álcool ao longo da vida, visto que geralmente começam a beber mais tarde, chegavam ao serviço já num estágio do alcoolismo relativamente mais avançado, e com complicações físicas aparecendo mais precocemente que em homens alcoolistas, como problemas gastrintestinais e neuropatias.

Um fator que pode estar fortemente relacionado ao aparecimento ‘precoce’ destes danos relativos ao alcoolismo feminino refere-se à demora pela maioria das mulheres alcoolistas em procurar ajuda ou tratamento quando comparamos à demanda masculina. Outro dado relevante diz respeito ainda à forma como as mulheres procuravam e se

inseriam no tratamento até então oferecido: a maioria mostrava maior resistência que os homens ao tratamento pós-alta. Esta resistência era evidenciada tanto pelas ausências frequentes das mulheres aos grupos de terapia, quanto pelo fato de se colocarem bem menos que os homens nestes espaços, trabalhando pouco seus problemas pessoais, fato que contribuía para configurar estes grupos como um espaço ainda bastante identificado à demanda masculina. Além disso, as mulheres aderiam bem menos ao tratamento ambulatorial que os homens, somando ainda um índice bastante alto de reinternações. Finalmente, a procura feminina pelo serviço, muitas vezes, acontecia somente para desintoxicação.

Assim, constatação de um *beber feminino* apontou para um campo de reflexão bastante rico e complexo a ser investigado, e a problematização pela equipe de sua prática e suas ações um importante passo para o reconhecimento e entendimento das representações sobre adoecimento e sofrimento feminino. Ao indagar-se sobre estes impasses, a equipe da STA procurou meios que pudessem fornecer mais informações, clarificando as dificuldades das mulheres em permanecer no tratamento, bem como as da própria equipe em oferecer um tratamento ‘apropriado’. Foi aplicado, então, um questionário às mulheres que passavam pela UTA, com perguntas sobre: o modo como começaram a beber e por quais motivos; como bebiam atualmente, se em casa, sozinhas, ou de que outra forma. Havia ainda perguntas sobre internações e tratamentos ambulatoriais anteriores, além de indagações a respeito de expectativas quanto ao tratamento atual. Levantou-se também o índice de reinternação das mulheres, bem como se colheram dados relativos à idade, situação conjugal e presença ou não de filhos.

A partir da avaliação destes questionários, a equipe montou um espaço para escutar o que as mulheres tinham a dizer, já que muitas haviam passado tanto tempo ‘adoecidas’ sem serem ‘notadas’ nos serviços de saúde, seja por sua ausência (e não aderência aos tratamentos), seja pelas dificuldades encontradas em se colocar nos espaços (mínimos) existentes. Criou-se um espaço só para mulheres, a fim de atender a demanda feminina por um tratamento que abarcasse as dificuldades em se tratarem, discutindo o *beber feminino*. Assim, em agosto de 2001, nasceu o projeto Grupo de Mulheres, um espaço com a proposta de construir uma forma de tratamento alternativa juntamente com as usuárias do serviço. A partir de discussões levantadas no grupo, pôde-se construir uma nova forma de entender (e mesmo operar sobre) o sofrimento, escutando a demanda trazida pelas mulheres, e não

simplesmente inferindo ou ‘diagnosticando’ simplesmente a mesma a partir da aplicação de técnicas terapêuticas, ou de especulações sobre as respostas aos questionários.

A partir das reflexões que emergiam deste espaço abriu-se um campo para a desconstrução de preconceitos, que vai além de uma reflexão produzida pelas usuárias no grupo, apontando indagações na direção da própria equipe da STA, que se constitui, na maioria, por mulheres. Os temas que emergiam das discussões tais como alcoolismo, gênero, preconceito, violência, maternidade, amizade, abandono, sexualidade, imagem, diferenças, hormônios, situação social e política, trabalho e exclusão apontavam para a necessidade de se trabalhar a saúde destas mulheres em um sentido mais amplo. O fato da equipe não atentar anteriormente para as diferenças entre os modos de beber de homens e mulheres atendidos no serviço, aponta-nos para a possibilidade de representações demarcadas por estereótipos de gênero, que podem ter sido construídas e naturalizadas num determinado campo de saber, por teorias hegemônicas. Tais atravessamentos poderiam ser exemplificados pela não existência de uma atenção ‘diferenciada’ para mulheres em contraposição à existência de um tratamento realizado com um público predominantemente masculino, e, portanto, abordando majoritariamente questões relativas ao cotidiano deste público.

A constatação de diferenças de gênero no alcoolismo nos levou a pensar sobre lugares ‘ocupados’ por homens e mulheres em um serviço de saúde que podem estar relacionados a produções subjetivas ordenadas segundo expectativas de papéis femininos e masculinos.

Neste sentido, o *beber feminino*, ao ser trabalhado no e pelo grupo, produziu novas formas de agenciamentos para as usuárias, e ao mesmo tempo colocou também a equipe como ‘objeto’ de reflexão, ou seja, parecia haver uma relação dialética nessa construção/desconstrução produzidas por esses novos agenciamentos.

A partir das reflexões do grupo, foram se consolidando alguns objetivos deste trabalho, como melhorar da qualidade de vida das usuárias, resgatar a auto-estima, autonomia e o exercício da cidadania, e as ações terapêuticas procuravam também desconstruir preconceitos conforme as necessidades e demandas que surgiam no tratamento. Contudo, tais objetivos não se destinam a mapear previamente as atividades. Tampouco o grupo visa a ‘um resultado específico’, como, por exemplo, fazer com que as mulheres parem de beber ou que passem a ver desta, ou daquela forma, sua problemática. Quando isto ocorre, é por consequência do trabalho do grupo, não por imposição ou pretensão do mesmo.

O trabalho do grupo passou a se constituir de forma diferenciada dos demais oferecidos pela STA: o fato de ser um espaço ‘feminino’ trabalha a identificação com o gênero feminino, o que parece ser ferramenta fundamental para construir coletivamente uma forma de tratamento alternativa que abarcasse as especificidades de gênero no sofrimento das participantes.

As propostas de trabalho que surgem no projeto Grupo de Mulheres são criadas coletivamente – por técnicas e usuárias –, visando uma gestão compartilhada. Neste percurso, muitas dificuldades relativas a esta forma de gestão foram encontradas, herdadas de ideologias que parecem envolver não só as ideologias de gênero, mas ideologias próprias das formas hegemônicas e normatizantes de tratamento. O fato de serem mulheres alcoolistas em um serviço de saúde mental configura uma relação com a equipe técnica que parece trazer ainda muitas marcas de uma certa hierarquia entre o saber médico/psicológico sobre saúde e doença, provavelmente fruto de formas de relações construídas ao longo de muitos anos em serviços de saúde mental por inúmeras práticas terapêuticas institucionalizadas, o que produz, na prática, uma crença e/ou submissão dos usuários em saúde mental a estes saberes como ‘capazes’ de prescrever formas mais ‘saudáveis’ de viver. Esta é uma demanda bastante recorrente nos espaços terapêuticos, o que dificulta uma aposta ou expectativa destes usuários de um construção e um pensar coletivo do tratamento junto à equipe de saúde.

O trabalho do grupo se propõe um dispositivo terapêutico não só por procurar diminuir as formas de sofrimento atreladas ao alcoolismo em mulheres, mas por buscar uma prática de discussão e produção democrática, procurando operar coletivamente e criar possibilidades de invenção e experimentação a partir de um saber construído também com as experiências de vida das participantes. A atuação técnica no espaço do grupo aproxima-se mais de uma coordenação facilitadora das reflexões que surgem neste espaço do que propriamente uma direção vertical de equipe para usuárias.

O trabalho procura desenvolver o potencial criativo das participantes, através de projetos que envolvem as histórias de cada uma, mas de forma a construir coletivamente novas formas de lidar com as questões que antes pareciam cristalizadas, como os lugares sociais marcados pelo preconceito sobre o alcoolismo e ainda, por ideologias de gênero. Esta análise sobre o trabalho do grupo se aproxima da reflexão desenvolvida por Barros (1994), ao considerar que o grupo, pensado como dispositivo, deixa de ser simplesmente

um modo de organização dos indivíduos para tornar-se uma forma que pode produzir focos mutantes de criação, com sujeitos ativos sobre o trabalho:

“A noção de dispositivo aponta para algo que faz funcionar, que aciona um processo de decomposição, que produz novos acontecimentos, que acentua a polivocidade dos componentes de subjetivação. O grupo assim produzido, como dispositivo analítico, poderá servir às descristalizações de lugares e papéis que o sujeito-indivíduo constrói e reconstrói suas histórias.” (BARROS, R.B., 1994, p.151-152)

O trabalho do grupo *TransmUTAção* baseia-se em uma relação de troca, não se trata de cada integrante ter somente um ‘lugar’ onde possa falar de suas experiências, colocar suas idéias. Mais do que um lugar de identificação para problemas comuns, o grupo procura articular uma rede que se pretende sempre em movimento de ampliação, na busca de uma maior autonomia a partir de novos vínculos sociais.

Segundo Barros (1994), o grupo, ao ser descentrado dos indivíduos e operar como dispositivo, deixa de ter uma mera relação com a vida privada daqueles que o compõem: *“Ele é (ou pode ser) um dispositivo quando trata de intensificar em cada fala, som, gesto, o que tais componentes acionam das instituições (sociais/históricas) e de como nelas constroem novas redes singulares de diferenciação”*.(BARROS, 1994, p.154)

Desde o surgimento do grupo, em julho de 2001, a equipe técnica, composta por psiquiatra, psicólogas, estagiárias, residentes e voluntárias<sup>1</sup>, procurava inserir as mulheres usuárias da internação e ambulatório que freqüentavam o serviço até então. Desde a criação do grupo, o procedimento do serviço para inclusão neste espaço consiste em convidar todas as usuárias da STA que procuram se tratar na internação ou ambulatório a conhecer e participar deste trabalho, podendo se enquadrar ou não: é facultado à mulher a sua adesão ao grupo, independente do vínculo que tenha com o restante do tratamento. Algumas das mulheres que ingressam na STA participam do projeto do Grupo de Mulheres apenas durante o período de internação, podendo vir a ingressar num outro momento. O grupo conta com um número fixo de mulheres usuárias do serviço que participam desde a sua criação, outras que foram ingressando posteriormente.

O espaço do grupo não funciona como um espaço de terapia, embora utilize dispositivos terapêuticos. As questões não são simplesmente ‘trazidas’ por cada uma das integrantes e acolhidas pelo grupo, como um sofrimento individual, como no geral acontece

---

<sup>1</sup> Estudantes de psicologia e psicólogas que terminaram o período de estágio e mantiveram a participação no grupo por determinado período

num espaço de terapia. Este espaço (o de terapia) existe paralelamente, no ambulatório. As idéias produzidas no espaço do grupo trazem, de forma inerente, as histórias pessoais: o sofrimento é vivenciado de forma singular e trabalhado coletivamente no grupo.

O grupo funciona semanalmente, às quartas feiras, com duração de uma hora e meia. Atualmente, a média para a frequência de participação no grupo nos encontros é de 15 usuárias. Para escolher um novo projeto, a equipe coordena debates e dinâmicas de reflexões sobre os temas levantados com as integrantes. São sempre temas relacionados a questões comuns às participantes, sejam temas difíceis, relacionados a sofrimentos e angústias vividos pelas usuárias, ou temas alegres, ambos trabalhados coletivamente em algum projeto.

As estratégias utilizadas pelo grupo para trabalhar estes sofrimentos, por vezes são conduzidas na direção de um projeto que esteja mais identificado diretamente com a história de uma participante. Um exemplo desta condução do trabalho é a formação, por mais de uma vez, de uma oficina de canto, o 'grupo vocal'. A peculiaridade deste projeto estava na direção desta oficina, conduzida por uma paciente que foi cantora em alguns momentos de sua vida profissional. Nas ocasiões em que esta oficina se deu, a paciente passava por problemas pessoais bastante difíceis e mostrava-se fragilizada, e a condução da oficina mostrou-se bastante terapêutica neste caso, permitindo a melhora da paciente através da elaboração de seu trabalho como parte do tratamento.

Contudo, ainda que este projeto tivesse uma identificação direta com esta paciente/participante do grupo, a escolha e aceitação, e mesmo o desejo de realização era coletivo, dizia respeito a todas as participantes, havendo consenso no grupo quanto à efetivação deste trabalho.

Quando o grupo inicia um novo projeto, ao levantarem-se os temas, são escolhidas também as formas de trabalhá-los, seja um projeto que vise atingir o público/a comunidade, seja um trabalho voltado à capacitação das participantes para oficina de geração de renda, seja ainda um trabalho para elaborar somente entre as participantes questões que surgem no grupo. As idéias para os novos projetos são colocadas por todas as participantes, onde a equipe procura conciliar os interesses que são comuns às integrantes e que possam cumprir os objetivos almejados. Esta escolha ocorre sempre através de debates e/ou dinâmicas coordenadas pelas técnicas, onde são discutidas também as implicações de cada trabalho, ou seja, os possíveis efeitos e conseqüências positivas e negativas, como por exemplo, as dificuldades das participantes com a exposição e visibilidade em trabalhos voltados para o

público, uma vez que apareceriam publicamente vinculadas a um serviço de alcoolismo para mulheres, mas em contrapartida, apresentando em sua proposta, a desconstrução de uma imagem negativa e preconceituosa desta problemática.

São decididas ainda neste processo, quais parcerias serão acionadas e buscadas para concretizar este trabalho, com contatos e sugestões trazidas por todas as integrantes do grupo. Havendo consenso quanto à meta almejada, planeja-se o tempo para a execução da mesma e, a administração das atividades entre as integrantes, unindo esforços e recursos para alcançar os objetivos. As responsabilidades são divididas entre as todas as integrantes do grupo, seja em busca de parcerias, seja na capacitação de outras participantes, ou no preparo de algum material, etc.

Participar do grupo, porém, não implica inserir-se em todas as atividades. As integrantes escolhem em quais delas querem, e podem, participar. Algumas, por exemplo, participaram do processo de alguns projetos de exposição à comunidade, como montagem de um vídeo, mas não quiseram estar presentes durante a apresentação.

É neste encontro semanal que ocorre também a avaliação de cada trabalho em andamento. São colocadas por todas as sugestões, dúvidas, críticas ao projeto e a própria dinâmica de funcionamento do grupo. São tiradas também as soluções necessárias aos impasses surgidos ao longo dos trabalhos, sempre refletindo-se sobre a dinâmica do trabalho coletivo, suas metas e objetivos, além de se trabalhar os sentidos e significados para cada uma. A equipe em alguns encontros lança mão de algumas ferramentas para a efetivação das dinâmicas de reflexão. Para a produção de um documentário, por exemplo, foram exibidos e discutidos alguns filmes que abordavam temas como o lugar feminino na sociedade, assim como a doença mental feminina e sua representação social.

Além disso, são realizadas durante estes encontros semanais, as oficinas dos projetos em andamento, como a oficina de grupo vocal, ou a oficina de performance de teatro. Há sempre um projeto eleito para ser trabalhado durante estes encontros e, geralmente, é um trabalho a ser divulgado publicamente. Porém, mais de um projeto pode ser desenvolvido ao mesmo tempo, como uma oficina durante os encontros semanais, paralela à oficina de bijuteria ou de técnica de compostagem e de alimentação viva, que ocorrem em horários e às vezes, em dias diferentes do encontro semanal oficial do grupo. Por vezes, o grupo participa ou se apresenta em eventos de instituições parceiras com um trabalho já desenvolvido, em um período onde outro projeto está em andamento. Os assuntos referentes a todas as oficinas e eventos são debatidos no espaço do grupo, às quartas feiras.

## **Cronologia das atividades**

A primeira produção do grupo foi o pôster *Beber Feminino*, em 2001, confeccionado pelas primeiras participantes do grupo. Durante a montagem do pôster, foram discutidas ao longo dos encontros, questões relacionadas ao tema ‘alcoolismo’ e ‘mulher’ levantadas pelas usuárias. A equipe coordenava o debate em torno das reflexões sobre os preconceitos sofridos pela mulher alcoólista, sobre a saúde da mulher, e o pôster foi montado com figuras de revistas, desenhos e frases feitos pelas participantes, compondo o primeiro trabalho coletivo do grupo que expressou estas reflexões, ainda muito centradas no tema alcoolismo, expressando a possibilidade de saídas e soluções. Este primeiro trabalho foi também o primeiro a ser exposto publicamente, apresentado no *Congresso de Psiquiatria Da Magia à Evidencia*, em outubro de 2001, em Recife – PE, pela psiquiatra do setor, integrante do grupo à época e que também participou da confecção do pôster.

O segundo trabalho do grupo foi a montagem do vídeo *Olhares Diversos*, em parceria com a TV Pinel, produzido e exibido ao público em 2002. Durante o processo de montagem, a escolha dos temas dos clipes, das entrevistas e das outras partes que integram o vídeo foi debatida com as integrantes, juntamente com a equipe da TV Pinel, onde o tema principal era saúde, abordada de diversas formas no vídeo. As participantes escolheram os clipes e encenaram, entrevistaram transeuntes na rua sobre o tema preconceito, além da filmagem de palestras sobre saúde com profissionais de uma unidade básica de saúde próxima ao IMPP. Uma usuária do grupo entrevistou o ator Osmar Prado, que à época representava um alcoólista em uma novela de grande audiência<sup>2</sup>. Além disso, as filmagens de oficinas do hospital-dia e de uma oficina de culinária também fizeram parte do vídeo. Deste projeto surgiu a escolha do nome do grupo: *TransmUTAção*. A apresentação do vídeo pelas participantes aberta ao público, na Casa da Ciência da UFRJ, também parceira do grupo, foi seguida de um debate sobre saúde da mulher, abordando ainda o tema violência contra mulher. Este trabalho, também dirigido ao público, já abordava temas voltados para saúde de forma mais criativa, apresentando outra imagem do tratamento para mulher alcoólista.

---

<sup>2</sup> A novela era *O Clone*, da emissora de TV Rede Globo.

A terceira produção do grupo foi escolhida pelas participantes após uma avaliação do vídeo e sua divulgação, onde as usuárias desejavam montar um trabalho que fosse dirigido ao público. O grupo desenvolve então a performance de teatro *Arrumando as Coisas*, em parceria com o CEPEART – Centro de Pesquisas e Estudos Artísticos -, sob a direção de Marco Pólo Brazil Ferreira, em 2003. Neste projeto, os temas trabalhados referiam-se a histórias de vida, constituídas tanto por sofrimentos passados quanto por mudanças, viradas, passando por escolhas, relações afetivas. A linguagem utilizada para representar a imagem de transformação da vida a partir das experiências, reconhecendo a história dos sujeitos, era a reciclagem de lixo, de cuidado com vivências do passado, ainda que sofridas, pois faziam parte da história de cada um. Este trabalho já apresenta de forma explícita as reflexões do grupo sobre o reconhecimento da história de cada um, para além das dificuldades da ‘doença’. As apresentações deste trabalho foram realizadas em dois momentos: primeiro no espaço físico do Hospital Dia da UTA, aberto à comunidade; posteriormente, também na Casa da Ciência, seguida de debate com o público, onde duas usuárias participaram do debate.

Após o trabalho de performance de teatro, as usuárias do grupo optaram por continuar desenvolvendo continuamente trabalhos em parceria com o CEPEART, com a proposta de interagir com o público fora do hospital. O grupo desenvolveu então uma oficina de escultura de jornal e instalação com o tema Carnaval em diversos lugares, onde as participantes ensinavam o público a montar bonecos e compor a instalação. As oficinas foram desenvolvidas na Casa da Ciência e, em um stand na Feira da *Semana Nacional de Ciência e Tecnologia*, no Aterro do Flamengo em 2004.

Além disso, o grupo decidiu realizar ainda em 2004 uma instalação aberta ao público no espaço do Hospital Dia do setor, com fotos de vários projetos e oficinas desenvolvidas desde a sua formação.

Em outros trabalhos interativos desenvolvidos ainda em feiras de ciência, o grupo desenvolveu também a oficina de compostagem, ensinando ao público técnicas de adubo, de produção de alimentação viva.

O último trabalho desenvolvido pelo grupo para apresentação em público foi grupo vocal, uma oficina de canto coordenada por uma usuária do serviço. Este trabalho é realizado há dois anos, desde 2005, sendo apresentado para a comunidade interna do IMPP nas festas de fim de ano. No início de 2007, as usuárias avaliaram as repercussões e significados do trabalho para o grupo e para cada uma, e levantaram a proposta de levar

este trabalho para ser apresentado em outras instituições, para um público considerado por elas de grande vulnerabilidade social, como pessoas assistidas em abrigos e pacientes de hospitais para tratamento de câncer.

Com relação aos trabalhos realizados publicamente, o trabalho do grupo vem desenvolvendo propostas cada vez mais interativas. Os projetos expressavam inicialmente as reflexões mais focadas no beber feminino, produzidas no grupo como é o caso do pôster; passando posteriormente a apresentar formas mais criativas de ‘tratar’ – vídeo *olhares diversos* e encenação *arrumando as coisas*; até a interação mais direta com o público, quando apresentam e ensinam seu trabalho, seja em feiras de ciência, seja em apresentações do grupo vocal.

### **Análise Das Atividades**

A partir destes dispositivos apresentados, as questões que este estudo procura abordar referem-se a dois pontos que podem estar relacionados às ações do grupo: a ‘invisibilidade’ do beber feminino destas mulheres, percebido pela equipe antes da criação do grupo, tanto na dificuldade em procurar tratamento como para se colocar nos espaços de tratamento existentes; e uma visibilidade da problemática a partir da proposta do grupo de desconstruir ‘publicamente’ os preconceitos que atravessam a imagem do alcoolismo feminino. As discussões com as usuárias em torno desta ‘nova visibilidade’ trazem muitas vezes argumentos em favor deste tipo de trabalho, como chamar atenção de outras mulheres alcoolistas para que possam procurar ajuda, ou apresentar o trabalho a outro público que se encontra em situações de maior vulnerabilidade social (projetos sugeridos recentemente de levar o trabalho a pacientes de tratamento de câncer, mulheres detentas em sistema prisional, etc.), levando um pouco deste saber coletivo construído no grupo a outros espaços, e não somente chamando a atenção para a existência de uma doença.

Outro aspecto que nos propomos analisar neste estudo é a relação entre o trabalho do grupo e o princípio de Redução de Danos. Um ponto importante a explorar diante das considerações feitas até agora sobre os trabalhos do grupo refere-se à maneira como as mulheres se inseriram nos projetos. O princípio de Redução de Danos pode ser compreendido a partir de muitas situações onde as pacientes continuam trabalhando no grupo, apresentando-se publicamente, mesmo sem estarem totalmente em abstinência. Houve vezes em que algumas pacientes chegavam ‘um pouco’ alcoolizadas para o

atendimento (em ambulatório e/ou Hospital Dia), ou para alguma situação por elas considerada importante, como a apresentação de um projeto onde estariam expondo seus trabalhos, produzidos no grupo. Algumas o faziam antes de chegar ao tratamento, muitas vezes 'sem serem notadas', pois participavam das atividades normalmente. Diante desta situação, em que a presença da usuária alcoolizada não prejudica o trabalho com o restante do grupo, a participação ocorre normalmente e a equipe procura conversar reservadamente com a usuária em outro momento, seja no dia da apresentação, após a realização do evento, seja em dias seguintes, de forma a trabalhar com a paciente as dificuldades e implicações individuais e coletivas em participar destes espaços alcoolizada.

Uma hipótese levantada sobre este tipo de inserção pode se referir ao desejo de se tratar destas usuárias, sem, contudo, conseguir deixar de beber, ou ainda, bebendo para participar de um evento desejado por elas, mas que lhes poderia causar, igualmente, insegurança e angústia. Isso possibilita às usuárias manterem uma continuidade ao tratamento, sem a exigência de abstinência absoluta.

Outra forma de inserção das pacientes no tratamento que pode ser pensada a partir do princípio de Redução de Danos refere-se ao fato de que muitas pacientes recorrem ainda à internação antes mesmo de recair, procurando evitar danos maiores causados pela recaída. Cada caso é avaliado pela equipe, porém, a providencia que geralmente é tomada é acolher a paciente na terapia e no Grupo de Mulheres, onde as atividades parecem ajudar a construir outro sentido para o sofrimento das usuárias sob uma perspectiva que não a redução à doença. Há alguns casos, embora mais raros, em que o pedido de internação é atendido, mesmo que não haja a recaída de fato, caso a equipe avalie que esta ação pode ajudar mais à paciente que somente o acolhimento nos grupos de terapia.

Os danos causados pelo histórico com a bebida também são reduzidos em diversos âmbitos da vida das pacientes através do trabalho do grupo, como a proposta de capacitação e geração de renda da oficina de bijuteria, criando possibilidades das usuárias ampliarem a própria autonomia. Algumas integrantes da oficina de bijuteria já trabalham na oficina como monitoras de outras participantes e duas já participaram de um curso de capacitação para formação de cooperativa.

Em sua pesquisa sobre o beber feminino, César (2005) faz uma referência ao modelo de Redução de Danos para o uso de drogas e álcool, apontando a redução de alguns prejuízos e danos causados pelo uso da droga a partir da redução do consumo, ou uma mudança na dinâmica deste consumo. Estes prejuízos causados pelo consumo excessivo

passariam tanto por perda de saúde quanto pelas perdas nas relações sociais, seja nas relações de trabalho, familiares. A redução destes prejuízos implica na reconstituição gradativa da própria vida, possibilitando o retorno ao trabalho, melhor convívio social, etc. Corroborando com esta concepção ampliada de Redução de Danos, Moreira et al (2006) argumentam em favor desta prática, na medida em que desloca o foco do tratamento da droga em si para a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável, permeando todos os aspectos do trabalho, focando o indivíduo como um todo. (MOREIRA, F.G et al: 2006, p.813)

Partindo da compreensão de (pré)conceitos que definam o lugar social da mulher alcoolista, pretendemos analisar como o grupo atua sobre o lugar da mulher alcoolista sob a perspectiva das usuárias, de modo a reinventar a relação com a bebida e o alcoolismo, visando a recriar o lugar social para a mulher que sofre com o alcoolismo. Com o intuito de investigar até que ponto a percepção destas peculiaridades do alcoolismo em mulheres pode ajudar a problematizar concepções estabelecidas de tratamento, podemos levantar a hipótese de que o trabalho do grupo atua em favor de uma ressignificação das experiências de saúde e adoecimento e, conseqüentemente, ampliando o leque de ações terapêuticas.

César (2005) ainda em sua pesquisa sobre o beber feminino entrevista usuárias da STA e também participantes do Grupo de Mulheres, ilustrando em sua análise à dinâmica e funcionamento deste espaço, enumerando os ganhos para as participantes:

“Através de observações empíricas, percebemos uma mudança significativa na relação das mulheres alcoolistas com o tratamento, mudança na relação com a bebida, resgate da auto-estima, busca pela autonomia, exercício da cidadania e melhora na qualidade de vida. Isto se evidencia no cotidiano do grupo, através da forma como este foi se organizando, seja com divisão de responsabilidades, na busca por parcerias, seja como as usuárias foram relacionando essas questões com a sua vida fora do grupo.” (CÉSAR, 2005)

É nessa perspectiva que pretendemos pensar o grupo: como um dispositivo de promoção da saúde, de criação de novas normas para a vida das usuárias, podendo construir formas outras de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, formas mais criativas, solidárias e produtoras de movimento, sendo esta direção o princípio da estratégia de Redução de Danos. Barros, R e Campos, G.W. (CAMPOS, G. W. et al, 2004b, p.746) argumentam em favor da articulação dos conceitos de promoção da saúde e Redução de

Danos de forma a criar formas outras de trabalho que respeitem às opções individuais e o compromisso com saúde coletiva.

Deste modo, o grupo busca produzir um novo modo de tratar, mostrando vidas atravessadas pelo beber compulsivo, mas não redutíveis a esta circunstância.

## Capítulo 4: Situando o alcoolismo na(s) história(s)

### ‘Trajetória Alcoólica’<sup>3</sup>

Procuraremos ilustrar algumas situações vividas pelas entrevistadas, nem sempre associadas por elas diretamente ao uso problemático da bebida, mas relevantes para compreender a história de cada uma. Nossa intenção é buscar elementos que possam ter relação com o sofrimento ao longo da vida em diversos âmbitos e de que forma este sofrimento pode estar associado ao alcoolismo, assim como intencionamos buscar fatores e experiências da história destas mulheres que são e que podem ainda ser abordados no tratamento, seja pela equipe de tratamento através do grupo, ou de outras ações.

Com relação ao histórico com a bebida, apresentamos trechos das entrevistas que apontam o primeiro contato das entrevistadas com o álcool, e de que forma este uso foi se tornando problemático ao longo da vida. Das seis entrevistadas, duas tiveram o primeiro contato com a bebida ainda na infância. Olga relata que começou a beber em duas situações, ainda com nove anos, uma em confraternização familiar e mais tarde através de uma receita preparada pela mãe como forma de amenizar a cólica menstrual:

*“A situação foi natal, né, meu pai comprou bastante vinho, bastante cerveja, e aí ele disse que... eu falei: ‘pai, compra um refrigerante!’, ‘que refrigerante nada! Bebe vinho que vai fazer bem, refrigerante enferruja!’. Aí eu comecei a beber a partir daí, daí eu não parei mais. (...) Daí, quando eu fiquei menstruada, com 10 anos, a minha mãe... eu falei: ‘mãe, tô sentindo uma dor muito forte’, eu não sabia o que era né, era cólica, agora eu sei, e aí minha mãe preparou cachaça, pimenta do reino e não sei o que lá, pra dor passar”. Olga*

Olga acrescenta ainda que achou ruim a primeira vez em que bebeu na confraternização de natal, sentindo-se mal. Mas com a sensação de ‘onda’ da bebida após ter experimentado, acabou transformando a receita para cólica num hábito por um tempo:

*“Me senti muito mal, por que eu comecei a vomitar, fiquei completamente bêbada, eu apaguei! Dormi muito, acordei com uma ressaca danada. Mas eu sei que teve uma onda, eu curti uma onda, né, fiquei muito alegre, rindo a toa, eu era muito calada! (...) eu corria pra minha mãe e pedia pra comprar cachaça: ‘mãe, aquela dor voltou, compra cachaça! Tô sangrando de novo, pelo amor de Deus...’ Mas só que a cólica em si não passava não, que hoje em dia eu sei, né. Era eu que ficava bêbada e dormia, então não sentia dor nenhuma. (...) Então*

---

<sup>3</sup> Neste trabalho, Trajetória Alcoólica é o termo por nós empregado para designar o histórico de cada uma do uso da bebida sob o olhar das entrevistadas a partir da procura por ajuda ou tratamento, ou seja, como as entrevistadas significaram o uso de bebida ao longo da vida após ‘diagnosticarem’ o alcoolismo.

*todo mês, tinha cachaça com pimenta do reino. A cachaça ficava debaixo da cama, e eu dava uma goladinha, e pensava: 'se eu ficar mesntruada hoje...' Não sabia que era de mês em mês. (...) Mas aí virou um vício, eu via o vinho na geladeira, já tomava um pouco... Minha mãe nunca viu, mas o meu pai via e nunca esquentou não!" **Olga.***

Anita também teve seu primeiro contato com o álcool na infância, aos sete anos, num contexto familiar, quando acompanhava o pai em embarcações nas quais trabalhava. Mas em seu relato, Anita faz uma associação direta deste primeiro contato com a bebida a uma situação traumática, ao dizer que presenciou um conflito grave entre o pai e outra pessoa, comentando em seguida o quanto este fato foi traumático e como este mudou a relação com sua família:

*"Eu acho que foi porque o meu pai tinha diversas embarcações, tinha um negócio, lá na minha terra.... Aí, numa dessas viagens, ele tava jogando, porque ele gostava muito de jogar(...) Mas nesse jogo, ele tava ganhando e apostou tudo. Aí ele perdeu, aí na hora de entregar, ele chamou o cara e matou ele, e eu vi. Eu tinha uns 7 anos. Aí quando eu vi aquilo, aí eu voltei pra mesa onde ele estava bebendo e comecei a beber também. (...) Aí quando ele chegou, contou pra minha mãe na maior frieza, e a minha mãe aceitou na maior frieza. Eu fiquei traumatizada, porque eu olhava o meu pai depois disso com outros olhos (...)Essa história do meu pai eu nunca falei pra ninguém, nunca falei! (...) Nunca falei pra ele, nem pra minha mãe, e pra mais ninguém. E eu sempre lembro dessa história. Ela não sai da memória!" **Anita***

Anita relata ainda a aproximação com a bebida em sua infância em uma outra situação também marcante com seu pai:

*"O meu pai era muito mulherengo, ele sempre me levava pros 'rende vouz', ele bebia, dava bebida pra mim, e aí ele saía com uma mulher e eu ficava na mesa esperando ele sair do quarto com a mulher, eu tinha uns 8, 9 ou 10 anos".**Anita***

Ao longo da entrevista, Anita aponta que esta relação com o pai e a família de um modo geral, era bastante conturbada, com conflitos freqüentes, sendo fonte de muito sofrimento. Acrescenta ainda, que o hábito mais contínuo de beber se formou na adolescência, ainda junto com seu pai:

*"Aí depois da primeira vez, eu continuei bebendo, continuei bebendo. Terminei o primeiro grau, aí fui no mercado com meu pai, era bom porque eu estudava de noite, aí continuava bebendo, era uma esculhambação danada! Aí eu já saía e voltava a hora que eu queria". **Anita***

Três entrevistadas relatam que o primeiro contato com a bebida se deu no início da vida adulta, das quais duas começaram a beber no ‘meio social’, em festinhas com os amigos. Chiquinha e Maria Bonita começaram a beber em eventos sociais, festinhas e coquetéis de trabalho, até que este consumo habitual tornou-se problemático:

*“Comecei a beber com 20 anos, quando eu comecei a trabalhar. Bebia com o irmão o meu patrão. Mas bebia pouco! Quando no inverno, ele tomava Anis de manhã. Aí, eu fui acostumando a tomar com ele, de manhã, nós limpávamos a loja, depois que a loja estava limpa, antes de abrir, nós íamos tomar café. Aí tomava café com Anis, pra não deixar o cheiro. Mas tomava só um anis só, de manhã. Aí depois eu fui bebendo, em festinhas... (...) comecei a receber convite, de lançamento de discos e fitas... (...) E era coquetel, tinha bebida (...) Aí eu comecei a tomar caipirinha, caipivodka, só Campari que eu não gostei, mas das outras bebidas quentes eu gostava de beber. Aí que eu fui começando a viciar, fui começando a viciar, a comprar bebida pra beber em casa...”* **Chiquinha**

*“...é, essa coisa de festa. Me lembro, a primeira vez até o que eu tomei, sabe o que foi? Rum, Bacardi com coca-cola e rodelinhas de limão, chamava até Cuba Libre. (...) bebia esporadicamente, só quando eu ia pra festa, assim, sabe, não tinha o hábito de sair pra ficar em barzinho, esse negócio não. Depois eu fui aprendendo tudo que não prestava, foi ficando tudo muito natural.”* **Maria Bonita**

Adelina relata que também começou a beber em festinhas com as amigas, quando era jovem, com 19 anos, mas que só percebeu a relação com a bebida como um problema mais tarde, após um longo intervalo sem beber:

*“Eu comecei mesmo a beber coquetéis em festinhas com as minhas amigas, mas era pouco, aquela coisa de beber socialmente! Aí parei de beber quando eu casei, era só de vez em quando. (...) Mas depois, bem depois, quando eu já estava casada e trabalhando, eu já tinha uns 50 anos, eu passei a beber mesmo, bebia cachaça todo dia, um pouco antes de ir pro trabalho e um pouco quando eu voltava, mas isso foi muitos anos depois”.* **Adelina**

Tarsila foi a única entre as entrevistadas que experimentou a bebida bem mais tarde, aos 37 anos, mas que em muito pouco tempo este consumo se tornou problemático. Tarsila associa o primeiro contato da bebida a um evento conflitivo em sua vida, por estar decepcionada com uma relação amorosa, mas ao mesmo tempo, associa este início do uso da bebida à sua depressão, à baixa auto-estima:

*“Comecei a beber com 37 anos, minha bebida era o vinho, foi a depressão. Eu já tinha depressão desde pequenininha, mas ela estava incubada. Eu cheguei no*

*‘Mada’ (grupos de Mulheres que Amam demais Anônimas) desestruturada por um homem. Eu gostei muito desse homem, e em três meses depois que eu o conheci, eu fui pra cama com ele. Daí ele nunca mais me procurou. Até hoje ele não deu satisfação de porque terminou. Aí eu bebi, bebi, chorei porque eu peguei ele com outra mulher.” Tarsila*

## **Motivação para beber**

Procuramos explorar que fatores da vida destas mulheres eram considerados motivações para beber, ou de que forma estão associados a este consumo. Muitas declarações apontaram que, num determinado estágio do alcoolismo, bebiam sem necessariamente ter algum motivo especial. Contudo, quando perguntado a elas qual a motivação pra beber, as respostas são variadas, com motivos são diferentes. O fato beber estar associado a um sentimento ruim, como forma de amenizar o sofrimento causado por algum problema mais sério, como é o caso da síndrome do pânico, a depressão ou ainda uma lembrança traumática, são relações que estão presentes de alguma forma em todas as falas.

Olga, ao ser perguntada sobre motivação ou situação que a leva a beber, aponta a raiva como um motivo forte:

*“Motivação?! Ah, quando eu tô com raiva mesmo! Quando eu discuto, quando eu tô com raiva, quando eu não consigo fazer meu trabalho direito... às vezes eu tô com raiva porque não pinta serviço de chaveiro, às vezes quando pinta eu tô com medo de sair de dentro de casa... Tudo isso me dá raiva e dentro de casa mesmo eu encontro bebida!? Porque e a (COMPANHEIRA) bebe! Então eu tomo um vinho e apago ali mesmo, às vezes tomo até um remédio por cima. Dá vontade de morrer logo mesmo. Aí não penso nem mais na vida, no amanhã, em mais nada! ‘Ah, vou tomar isso aqui, e vou tomar o remédio, e seja o que Deus quiser!’ Mas graças a Deus, nunca aconteceu o pior”. Olga*

Olga, e aponta uma relação do uso da bebida com a síndrome do pânico ainda que de forma indireta:

*“...a síndrome do pânico e essa esquizofrenia, de ouvir vozes. Me deixou com medo. No começo, eu não consegui trabalhar de jeito nenhum, tinha medo de sair de casa. E também sempre... depois que me sentia um pouquinho melhor, eu bebia, entendeu? (...) Ah, foi com raiva de ter isso, querer ser normal, de achar: ‘Não, agora eu sou normal, posso beber, vou provar que posso..’.” Olga*

Assim como Olga, Chiquinha também aponta a raiva, o descontentamento como situações que a levavam a beber:

*“...quando eu me aborrecia. Só quando eu me aborrecia. Ou então quando eu ia a show, aí eu bebia mesmo. Mas bebia por beber, porque tinha a bebida, serviam a bebida, aí eu bebia. Mas não era sempre que eu ficava tonta não. eu ficava tonta quando eu comprava bebida pra tomar em casa. Aí eu ficava tonta. Ficava mais ou menos tonta, aí não me contentava com o que eu bebia em casa, e ia pra rua pra beber cerveja”.* **Chiquinha**

Em outra passagem, Chiquinha faz outra relação com o consumo da bebida, desta vez, não relacionando a uma motivação imediata, mas como um efeito desejado do uso da bebida:

*“...conversava, que eu sempre fui de conversar pouco, mas quando eu bebia, eu conversava muito, brincava mais com as pessoas, pegava no violão pra tocar, não queria parar de tocar... todo mundo gostava de mim eu tocando e cantando... Sem bebida, eu não faço nada disso!”* **Chiquinha**

Anita, faz uma relação direta da motivação para beber com lembranças e vivências dolorosas ao longo de sua vida:

*“Ah, eu ficava triste quando morria uma colega minha, quando eu me lembrava do meu pai, da minha família, que eles me chamavam de cachaceira, pudim de cachaça e não sei mais ou quê... aí eu ficava triste e danava pra beber. Quando era decepcionada por qualquer coisa...”* **Anita**

Maria Bonita também faz uma relação direta com seu sofrimento vivido devido às experiências que teve ao longo da vida como uma motivação para beber. Segundo a entrevistada, a morte de seu pai e o fato de sofrer abuso sexual ainda na adolescência por um primo:

*“... a morte do meu pai. Então foi um motivo muito forte, uma tristeza muito grande porque meu pai era minha segurança. Não por dinheiro não, porque... apesar de brigar muito, a gente se identificava muito, e eu tinha uma garantia naquela parte masculina na minha família. Era o lado masculino que estava acabando na minha família, e só ficava mais mulheres, né, os filhos... e eu pobre demais, não tenho terra nenhuma, só debaixo da unha, acabou a esperança né. Meu pai tinha 59 anos quando faleceu, então foi o maior porradão, e um dos motivos principais foi esse. Outro foi o trauma, eu ainda tenho trauma da virgindade, bate ainda, porque esculhambou a minha vida”.* **Maria Bonita**

Maria Bonita soma ainda a estes fatos a violência física/doméstica que sofreu com seus ex-companheiros como principais fatores que envolvem sua motivação para beber:

*“Quer dizer, pra mim a vida sempre foi muito difícil! Eu não vou usar isso como desculpa pra mim beber não! O problema maior foi a morte do meu pai, e foi esse cara tá me enfiando a porrada, era um fato também, ele me batia à pampa por qualquer coisa, me enfiava a porrada, e eu comecei a beber, beber, beber, beber...(...) Eu também associei uma coisa: antes que eu ingerisse bebida assim, digamos mais que 3, 4 garrafas de cerveja, o Jorge me batia, mas ele não me batia tanto. A medida que eu ia bebendo mais ele, ia me batendo mais, entendeu”*  
**Maria Bonita.**

Ao longo da entrevista, Maria Bonita comenta que a tristeza e a depressão são sofrimentos que a acompanham há muito tempo, e num momento, diz que o principal motivo que a leva a beber é a tristeza, a depressão que sofre:

*“A motivação que me leva a beber é a Tristeza principalmente (...) Quando você busca as respostas dentro de você, quando você não consegue as respostas, e se desespera por isso. Por isso é importante o acompanhamento com médico, é importante tomar os medicamentos, pra desacelerar. (...) é a depressão, o fundo de poço emocional, que a gente na linguagem do AA costuma falar (...) porque, ao mesmo tempo que a pessoa tem depressão e é alcoolista, ele tem um desacerto na balança, ele vive na balança, no fio da navalha, então ele tem que estar muito vigilante, senão pisa na bola. Imagina, cair do cavalo.(...) Eu falava que tinha algo errado dentro de mim, porque não era uma vontade, uma coisa assim, só por compulsão que eu ia beber. Era uma dor, algo muito grave que me partia. E eu não conseguia compreender, não conseguia alcançar essa dor, nem controlar essa dor.”*  
**Maria Bonita**

Adelina, em sua entrevista, relata que não tinha uma motivação específica para beber, mas faz algumas associações com descontentamento à medida que passou a beber de forma problemática, relatando um intervalo em que parou de beber para cuidar do marido e voltou logo após o seu falecimento, uma vez que não havia motivo pra não beber já que não precisava cuidar de mais ninguém chegando a se isolar cada vez mais devido ao uso problemático do álcool:

*“Eu bebia todo dia, já não tinha motivo, mas também não tinha porque parar... eu chegava do trabalho, era aquela vida de trabalhar fora, depois trabalhar em casa, então tinha que beber um pouco de cachaça pra agüentar o trabalho e quando chegava em casa, para depois que arrumava tudo, tomava outra para conseguir dormir. Só parei quando tive que cuidar do meu marido que perdeu a visão. (...) Eu vivia sozinha, já não trabalhava, então fui bebendo cada vez mais. Depois de um tempo eu nem saía de casa, porque não queria voltar carregada pra casa, tinha medo de cair na rua, e ficava em casa sozinha bebendo, não conversava com ninguém, cada vez pior. E parar de beber pra que? Não tinha mais que cuidar de marido, não tinha mais que trabalhar... chegava a um litro de cachaça por dia!”*  
**Adelina**

Tarsila, por sua vez, aponta durante a entrevista que a motivação para beber estava relacionada diretamente ao sofrimento decorrente da de depressão e da baixa auto-estima, relacionando o hábito de beber a uma forma de amenizar o sofrimento causado por lembranças de experiências difíceis ao longo de sua vida:

*“Daí veio meu alcoolismo. Comecei a beber com 37 anos, minha bebida era o vinho, foi a depressão. Eu já tinha depressão desde pequenininha, mas ela estava incubada. Tristeza, melancolia, sozinha, sem afeto, sem carinho.(...) Depressão profunda. Era baixa estima mesmo, depressão. Eu bebia em bar e às vezes levava a garrafa pra casa. (...) No começo era só por esse motivo, mas depois eu comecei a lembrar da minha infância, da minha família, sem dinheiro, sem estabilidade, tudo por água abaixo. É uma alegria falsa (...) Mas eu penso que se eu coloquei é porque eu estava agoniada por dentro, com baixa auto estima, agoniada por dentro, com ego preso. E eu achei que o álcool ia salvar a minha vida, mas não salva, por que no dia seguinte eu tive que encarar o meu problema de frente.” Tarsila.*

A partir destes trechos transpostos das entrevistas, temos alguns elementos que nos ajudam a compreender como vivências e experiências de sofrimento podem estar envolvidas na dinâmica do alcoolismo. O beber problemático surge nos relatos não só como uma forma de adoecimento, um processo em que beber foi se constituindo gradativamente em um consumo passível de ser diagnosticado como doença e, portanto, de ser tratado. Mais do que isso, aparece como uma forma de adoecimento não a partir de comportamento em relação à bebida que foi se agravando, mas sobretudo pelos efeitos destrutivos que o consumo problemático acarreta para as usuárias. A partir das entrevistas podemos fazer uma aproximação do beber como uma forma encontrada para aliviar sofrimentos ainda maiores existentes ao longo da vida destas mulheres. Não queremos dizer com isso que o alcoolismo seja simplesmente uma alternativa aos outros sofrimentos e que ajude a enfrentá-los, visto que pode ser um fator gerador de maior sofrimento ainda, mas tampouco podemos negligenciar a relação deste com as experiências vividas por estas mulheres.

## Tratamento: motivação para busca e significado

Neste tópico, procuramos apreender como e quando as entrevistadas acharam que o problema precisava de uma intervenção, o que as levou a procurar serviços de saúde e grupos de mútua ajuda (Alcoólicos Anônimos). Para algumas entrevistadas, a busca inicial pelo tratamento não se deu prioritariamente pelo uso problemático da bebida, mas por outros sofrimentos predominantes, só mais tarde abordados no tratamento de forma associada ao alcoolismo. Dentre as seis pacientes entrevistadas, quatro procuraram atendimento no Instituto Phillipe Pinel para tratar o que entendiam como outras ‘doenças’ e sofrimentos, mas foram encaminhadas à STA pela predominância do uso abusivo de bebida alcoólica no diagnóstico: uma pelo Síndrome do Pânico, outra por ouvir vozes (delírios e alucinações), e duas por sofrerem depressão. É presente no relato de duas entre estas quatro, a tentativa de suicídio ao longo da vida.

Em sua entrevista, Olga relata que seu primeiro movimento na busca de um tratamento foi no Instituto Municipal Phillipe Pinel, mas não para o alcoolismo, e sim para a síndrome do pânico:

*“Foi quando eu tive a síndrome do Pânico, eu cismei que não tinha ar no mundo, e foi parar em um monte de postos de saúde por aí, até que uma enfermeira falou assim que isso era síndrome do pânico e me encaminhou pro hospital de Botafogo, que é aqui, no Pinel. Aí me trouxeram aqui, fui atendida na emergência, o médico me confirmou que era síndrome do pânico. Aí eu fiquei em depressão, sabia que tinha que parar de beber 1 ano, 1 ano e meio, tomando remédio. Aí pensei, lascou, vou ter que parar de beber... Aí entrei em depressão, por ter síndrome do pânico, já não saía mais sozinha... Aí depois veio a esquizofrenia, que a médica falou. Aí mais depressão ainda!” Olga*

Quando a entrevistadora pergunta então como ela começou a se tratar na STA, Olga relata que não sabia que tinha alcoolismo, e que foi procurar tratamento para a síndrome do pânico, após uma crise, mas chegou à emergência do hospital alcoolizada e foi encaminhada para STA:

*“Através da síndrome do pânico. Daí eu bebi, mesmo com esse problema, e vim parar na emergência, porque eu tava me tratando no ambulatório, mas o médico estava de férias, aí me botaram aqui coma doutora Tereza. Daí, eu bebi, eu não me lembro muito bem, eu bebi e me internaram. Eu também tava apavorada, tava alcoolizada. Foi a minha primeira internação. (...) quando me encaminharam pra cá, eu tava tendo muita crise. Aí me mandaram fazer o Grupo de Mulheres, terapia. Pra mim não ficar só no ambulatório. Quando eu fiquei internada aqui, eu tive que falar a verdade, que eu bebia.(...) Porque no começo da síndrome do*

*pânico, eu queria mais era ficar boa, não tava lembrando nem de bebida. Depois, eu achei que tava boa depois de 3, 4 meses, e enchia a cara, entendeu. Daí quando eu bebi, eu tive uma crise”. Olga*

Chiquinha relata durante a entrevista que já tinha procurado outros tratamentos para o alcoolismo, como uma clínica de reabilitação social e grupos de Alcoólicos Anônimos, mas o que mais a incomodava eram as vozes que escutava, delírios auditivos, e num segundo momento, associa a crise do alcoolismo à morte de seu irmão, o que a levou a buscar tratamento novamente:

*“Eu não tava agüentando mais, tava tremendo, tremendo escutando vozes... as vozes não me deixavam dormir (...) então eu ficava incomodada. Aí me internei, e tomando os remédios, parei de escutar as vozes. Depois, em 99, meu irmão ficou doente, meu irmão bebia também, e... veio a falecer, de cirrose. Morreu do coração, e de cirrose também! Aí eu fiquei triste, e comecei a beber! Aí bebi de novo! Aí tive a segunda internação em 99 no CREDEQ<sup>4</sup>”. Chiquinha*

Quando a entrevistadora pergunta como chegou à STA e porque, Chiquinha responde que era para tratar das vozes, das alucinações, ainda que a entrevistada pareça fazer uma relação das vozes com o alcoolismo ao longo da entrevista:

*“Eu tinha uma tia que era esquizofrênica, ficava internada do lado de lá. Aí minha se informou, com a assistente social, a assistente social falou que aqui tinha internação. Aí minha mãe veio e me internou; através da assistente social. Ela conversou, falou comigo a respeito, aí eu vim. (...) Ah, eu vim com a minha mãe, porque eu escutava vozes, e eu não conseguia dormir. (...) Eu via gente dentro de casa, eu via um homem debaixo do sofá... Minha mãe só me falou depois. Eu peguei uma chaleira, botei água pra ferver, joguei em cima do sofá pra matar o homem.... já tava vendo bicho dentro de casa.... bicho e gente! Eu vim pra cá assim. Aí duas semanas depois, não vi mais nada, tomando os remédios direitinho, aí não vi mais nada.” Chiquinha*

Tarsila, ao longo da entrevista, traz vários relatos de sua depressão e a relação desta com o alcoolismo. A entrevistada relaciona a busca de ajuda para o alcoolismo tanto no AA quanto na STA/IMPP, a uma forma de diminuir a ‘dor’ causada pela depressão, mas declara que encontrou uma dificuldade inicial para ingressar no tratamento da STA por ter relatado na emergência do IMPP que sofria principalmente de depressão:

*“Quando eu vi que eu não conseguí parar de pensar no vinho, por causa da minha dor. Aí eu procurei o AA.(...) Eu vim e a psicanalista disse que eu não tinha problema nenhum. Foi lá embaixo, na emergência. Eu disse que tava com*

---

<sup>4</sup> Centro de Recuperação para Dependentes Químicos

*depressão, mas ela não me encaminhou. Como eu vim parar aqui? A madrinha da minha amiga do AA conhece o doutor FULANO<sup>5</sup>, e falou com ele. E eu vim conversar com ele, e disse tudo, que tava mal e tal, e ele me indicou pra doutora BELTRANA<sup>5</sup>. Aí eu vim e consegui me tratar aqui”. **Tarsila***

Maria Bonita também procurou tratamento inicialmente para o alcoolismo, primeiramente no INSS, em seguida Alcoólicos Anônimos e por último, no Instituto Phillipe Pinel:

*“Chegou uma hora que me incomodou! Não tava mais me incomodando às outras pessoas, tava me incomodando, à Maria Bonita. Eu pensei, poxa tá acontecendo alguma coisa de errado comigo. Aquelas dores de consciência, falei, pô, meu pai não vai voltar mais, não adianta ficar... Foi em 85 que meu pai morreu. Foi que começou o desenfrear. Aí moral da história, daí eu comecei a procurar ajuda. Como: no INSS, não em 85 propriamente, mas em 87, 88. Porque tava me incomodando no meu trabalho, a ressaca no dia seguinte, de não me deixar produzir tanto quanto antes quando eu não bebia, né”. **Maria Bonita***

Contudo, ao longo da entrevista, Maria Bonita relaciona um período da sua vida em que a motivação predominante para o tratamento era a depressão. A entrevistada associa ainda em vários momentos o alcoolismo ao problema de depressão e a experiências de sofrimento ao longo de sua vida, como problemas com o trabalho:

*“Ah, eu cheguei (ao IMPP/STA) num momento de muito desespero, eu nem tinha perdido meu emprego lá no hotel. Foi porque esse meu segundo companheiro tava roubando muito meu dinheiro pra jogar, e ele me criticava por eu ser alcoolista, foi o que descobriu a minha caixinha com as minhas coisas e me dedou. E eu perdi a vontade de viver de novo, eu já tinha tentado suicídio várias vezes. (...)Quando me internei aqui eu trabalhava (...) que foi meu último emprego, foi um desgaste muito grande, eu quase cheguei a enfartar. Eu me afastei do tratamento durante 3 meses.(...). Mas porque, pra mim, naquele momento, eu estava tão fragilizada que se eu me ausentasse do tratamento, eu teria até morrido, como algumas colegas minhas de tratamento foram, entendeu. Eu não tava com essas estrutura que eu tenho hoje.” **Maria Bonita***

Dentre as seis entrevistadas, Anita e Adelina são as únicas que não fazem relação da busca do tratamento para o alcoolismo a outro sofrimento maior que também deveria ser ‘tratado’. Anita, por exemplo, relata que começou a pensar em procurar ajuda pelos efeitos do alcoolismo no organismo:

---

<sup>5</sup> Psiquiatras do ambulatório da STA

*“...foi quando eu já não dormia mais, eu desmaiava. (...) Mas eu fui procurar tratamento porque eu já me tremia muito. Quando eu chegava num banco, eu não conseguia assinar nada. Eu não tinha mais fome, não tinha mais nada, fui eu que achei que precisava. E intenção de matar, esse pensamento eu nunca tive na minha vida, eu sempre gostei da vida, de viver. (...) eu comentei com ele (companheiro) que estava afim de parar, que meu organismo não agüentava mais! Aí falei que queria procurar um tratamento, aí o ..... (companheiro) falou que ia falar com um amigo advogado que já faleceu, e que tinha um cunhado que fazia tratamento no Pínel e a mulher também, mas não tinha internação, era só desintoxicação. Até que uma vez eu cheguei muito doidona ...” **Anita***

Adelina relata ter procurado tratamento para o alcoolismo porque ficou assustada com o comentário de um amigo alcoólatra sobre seu estado:

*“um dia um amigo meu, que era alcoólatra, foi me visitar. Aí ele comentou: ‘nossa, você tá mal, hein! Bebendo cachaça a esta hora!’ quando ele falou aquilo, eu pensei que devia estar mal mesmo. Se ele, que era alcoólatra estava falando aquilo. Aí ele me indicou o Pínel, e eu vim me tratar, mas no dia que eu vim pra me internar, eu vim alcoolizada.” **Adelina***

Percebemos através dos relatos que a procura de tratamento para o alcoolismo pode, em alguns casos, não ter o problema com o álcool como preocupação principal. Ainda que o diagnóstico aponte o alcoolismo como transtorno predominante, este pode ser secundário para as entrevistadas, associado a outras preocupações e sofrimentos maiores que as levaram a procurar tratamento. Isto traz para nossa discussão a importância em se considerar o alcoolismo dentro de um quadro mais complexo de fatores sociais e subjetivos que se relacionam, o que ajuda a planejar pensar de forma mais ampla também a forma de abordá-lo e tratá-lo.

### **O que procuram as mulheres em um tratamento?**

Para algumas entrevistadas, a busca inicial do tratamento no IMPP não tinha o alcoolismo como foco principal. Contudo, ao ingressarem tratamento na STA, muitas passaram a associar o tratamento diretamente ao alcoolismo, e suas expectativas com relação à busca inicial podem ter se transformado neste percurso. Vejamos a seguir, o que atualmente, cada entrevistada elenca como necessário para configurar um bom tratamento, ou seja, para que se tratam atualmente.

Olga, ao ser perguntada sobre o que busca num tratamento, fala do controle sobre a bebida e evitar uma nova crise afirma logo em seguida que um bom tratamento precisa escutar o paciente, fazendo referência à sua experiência na STA com o grupo de terapia e o Grupo de Mulheres *TransmUTAção*:

*“Ajuda! ajuda mental, ajuda de parar de beber mesmo, ajuda quando eu estou em crise, quando eu não estou... ajuda mesmo. (...) Ah, um bom tratamento precisa ouvir a paciente, ouvir mesmo, pra depois falar alguma coisa, entendeu. (...) É porque aqui, as psicólogas também, todas elas, elas são muito positivas. E escutam, entendem o que eu sinto e me dão apoio, falam: “você não vai morrer, não vai morrer! Isso tem cura! Calma! Uma hora você vai ficar boa...Não sei o quê...”. então se elas estudaram pra isso e falam isso, eu mantenho isso com fé, entendeu. Então, quando eu lembro que eu tenho síndrome do pânico, se eu tô sentindo que vai me dar alguma coisa, eu lembro do que eu ouvi antes”.* **Olga**

Anita, por sua vez, faz uma associação mais clara de seu objetivo ao se tratar atualmente, ressaltando o controle sobre a bebida como meta principal:

*“Pra que? Pra eu me ver cada vez melhor. No tratamento eu procuro me sentir bem comigo mesma, deixar de beber, e ser uma pessoa diferente do que eu fui. Eu não quero ser aquela pessoa do passado. O que passou tá passado”.* **Anita**

Mais adiante, ao ser perguntada sobre o que um bom tratamento precisa ter, Anita aponta características mais específicas do tratamento na STA, valorizando a relação com a equipe da STA:

*“Olha, da maneira como é aqui, eu acho que não existe melhor tratamento, tendo boas psicólogas, boas doutoras. Porque a doutora BELTRANA<sup>6</sup> é muito atenciosa. Vocês mesmas, eu gosto de todo mundo. Aqui tem compreensão, tem amizade de todo mundo, as doutoras são muito compreensivas. Tudo que não existe lá fora, que eu não frequentei em outro hospital, eu acho que aqui tem do bom e do melhor.”* **Anita**

Chiquinha, ao ser perguntada sobre o que busca atualmente em um tratamento, responde sucintamente: *“melhoras para mim”*. Contudo, quando a entrevistadora insiste sobre o que um bom tratamento deve oferecer, Chiquinha também ressalta a equipe da STA como importante elemento na qualidade do tratamento:

---

<sup>6</sup> Psiquiatra da STA

*“Ah, as pessoas né, os terapeutas que são muito bons, os psicólogos que ajudam muito, os pacientes.... o tratamento!(...) O tratamento! Ah, ajuda em tudo! Tira nossas dúvidas... isso aí!”* **Chiquinha**

Maria Bonita relata que a ‘conscientização’ descrita pela entrevistada como a responsabilidade sobre o consumo de medicamentos e sua associação perigosa ao consumo de álcool está entre as principais metas que busca alcançar num tratamento. Além disso, a entrevistada ressalta a boa relação com a equipe da STA como um elemento positivo e potencializante no processo de tratamento:

*“Ah, tem tudo a ver, conscientização, né. Se eu ingerir a quantidade de medicamentos, que são cinco tipos por dia, mais álcool, eu tô ferrada. Antes, eram uns de menos peso. Agora eu tomo medicamentos mais fortes, mas só que houve um equilíbrio, e tem um ano que eu não me interno. E quando você encontra um psiquiatra como o FULANO, que as pessoas até criticam, que ele faz grupão, mas à maneira dele, ele vai perguntando um a um como está. E doutora BELTRANA também. O psiquiatra, a psicóloga tem muito peso. Porque você acha que tem um agregamento no Grupo de Mulheres? A gente se agrega mais! Porque? porque a gente tá na mão de uma excelente equipe de profissionais. Só isso, a diferença é essa! Tem recaídas, mas não tantas, né, antes tinha mais. (...) Um bom tratamento precisa ter isso que tem aqui, ordem, diálogo, bastante diálogo, direito à palavra, que aqui a gente tem bastante, aqui todo mundo pode se manifestar, dar a sua opinião. Algumas coisas que a gente acha que nem vai ser de grande utilidade, na hora fica irritado, mas depois a gente experimenta, dá certo aquela coisa... eu acho que o principal, é o diálogo que a gente tem aqui, fator preponderante. E a assistência de bons profissionais, é claro, né”.* **Maria Bonita**

Adelina é outra entrevistada que responde sucintamente à pergunta sobre o que busca em um tratamento, deixando claro que seu maior objetivo é não voltar a beber. Adelina, ainda que brevemente, aponta a importância do paciente enquanto um agente no próprio do tratamento, parecendo colocar o tratamento mais como um ‘suporte’ no processo de a recuperação do paciente:

*“Não voltar a beber. Me trato pra isso. (...) Um acompanhamento e a perseverança. Acho que o que ele oferece aqui já é um bom tratamento. Oferece as ocupações, oferece o remédio...”* **Adelina**

Tarsila aponta que sua meta no tratamento é buscar o equilíbrio, o controle sobre a recaída ‘emocional’. Tarsila também coloca a meta de não voltar a beber como uma das principais em sua busca no tratamento:

*“Me trato para o meu equilíbrio. A minha depressão não está curada, está estacionada.. Eu não posso parar a medicação, senão eu volto a recaída emocional, que é uma coisa muito triste. Eu espero meu estacionamento, meu equilíbrio, não voltar a beber, porque é muito triste voltar a beber. Eu fico triste com as minhas colegas internadas. Mas eu me vejo só por hoje legal. É o que eu busco na UTA. (...) Tem uma boa terapia, e o Grupo de Mulheres é ótimo. A psiquiatria também. Eu só tenho a reclamar é da comida e a falta de remédio.”*

**Tarsila**

Uma característica apontada por quase todas as entrevistadas como importante para um bom tratamento refere-se à relação das usuárias com a equipe técnica da STA. Esta relação se apresenta em falas que destacam a importância de ‘se sentir ouvida’, como colocado por Olga e, ainda, na valorização do diálogo e do ‘direito à palavra’, como enfatiza Maria Bonita. Anita, por sua vez, aponta características positivas das técnicas da equipe na relação com as usuárias, dizendo que são ‘muito atenciosas’. Chiquinha, Adelina e Tarsila pontuam brevemente a relação com a equipe, mas não deixam de colocar este elemento como um fator importante no tratamento. A importância dispensada à relação com a equipe e a forma como esta relação foi descrita pelas entrevistadas valoriza algumas condições de tratamento que configuram tal serviço, como ouvir, dar voz a estas mulheres.

Neste tópico, muitas das falas destacadas trazem o objetivo de não voltar a beber como um dos principais colocados pelas entrevistadas com relação ao tratamento. Todas, em algum momento da entrevista, colocam claramente a recaída como não desejável, sendo o a abstinência/não beber um certo ‘norteador’ na evolução da recuperação. Contudo, as entrevistas apontam razões e fatores que envolvem o ato de beber de forma mais complexa, composta por muitas variantes, o que torna o tratamento um campo muito mais amplo do que simplesmente alcançar a abstinência.

## Capítulo 5: “Se a pessoa tá precisando de uma ajuda, tem que dar uma ajuda...”<sup>7</sup>”

### Tratamento, abstinência e recaída

Quando perguntadas sobre o que pensam de tratamentos que exijam que a pessoa esteja sem beber para poder ingressar, quatro entre seis entrevistadas discordam deste tipo de prática. Além disso, a recaída é um fato presente no percurso de algumas entrevistadas, mesmo no caso de duas que concordam com as condições deste tipo de prática.

Vejamos agora o que cada uma pensa sobre tratamentos que costuma exigir que a pessoa esteja sem beber/em abstinência para ingressar ou manter-se no tratamento, e ainda, o que fazem quando recaem ou sentem que podem recair: se pedem ajuda à equipe, se afastam-se do tratamento, se utilizam recursos pessoais, etc.

Olga discorda de tratamentos que exijam abstinência para se tratar, argumentando a partir de sua própria experiência, quando precisou se tratar e buscou atendimento num momento que estava alcoolizada. A entrevistada chega a defender que a própria internação ajuda ao alcoolista a melhorar quando este não consegue parar sozinho:

*“Ah, eu acho errado né, porque quando eu me internei, eu tava alcoolizada, não estava sem beber, então eu acho que deve aceitar, porque se a pessoa tá procurando tratamento alcoolizada, pode ser porque ela não está conseguindo parar, né. eu acho assim... claro que tem muita gente que não se esforça, vem aqui só pra desintoxicar e voltar a beber mais, mas a maioria não! Acho que a maioria é porque não tá conseguindo dar um freio mesmo, e a internação é pra ajudar a parar!”* **Olga**

Quando a entrevistadora pergunta se Olga já recaiu alguma vez, a entrevistada descreve quando e de que forma a recaída pode acontecer, fazendo referência a uma situação de crise em que recaiu:

*“Não! Bebo assim, faço o tratamento direitinho, um mês, dois meses, três meses. Aí, como eu tô te falando agora, se eu tiver muito puta, com raiva, querendo até me suicidar, como já aconteceu uma vez, eu já tentei suicídio, aí eu bebo! Quando eu tô com raiva do mundo, raiva de tudo, aí eu bebo!”* **Olga**

---

<sup>7</sup> Trecho de uma fala de Tarsila, p.88

Em outro momento, Olga coloca mais claramente situações em que recai, chegando a justificar a recaída como uma fuga diante de conflitos com a companheira:

*“Na verdade, eu agora só recaio mesmo porque, quando eu recaio, é porque eu discuto com a (COMPANHEIRA), eu fico muito puta! Então pra não pegar e não agredir a ninguém, eu agrido a mim mesma! Vou lá, tomo duas cervejas, três, o dinheiro que tiver no bolso. Aí volto pra casa e vou dormir”.* **Olga**

Olga diz que nestas situações, nunca se afastou do tratamento. Ao contrário, procurou conversar com a psiquiatra e isto tem ajudado a não beber mais:

*“Nunca deixei (o tratamento)! Inclusive falei com a doutora FULANA<sup>8</sup>, já que estava difícil parar de beber, que eu já tinha recaído, aí ela me explicou que até uma pessoa que não tem nada assim desses problemas, já é perigoso beber, imagina quem tem! Ela me explicou essas coisas direitinho, daí eu não venho bebendo mais.”* **Olga**

Quando a entrevistadora pergunta a Olga o que ela faz quando sente que pode recair, antes de beber, Olga aponta o tratamento como um recurso, mas inicia sua fala priorizando o apoio de sua companheira:

*“Às vezes eu peço ajuda à própria CICLANA (companheira), falo: CICLANA (companheira), tô com vontade de beber!”. Já aconteceu isso. aí ela fala: ‘não, não vamos beber não. vamos orar, vamos rezar, vem cá, fica do meu lado aqui, vamos conversar!’ aí a gente fica conversando, conversando, ou então ela me deixa... dá um tempo pra mim ler um livro, não deixa eu sair pro trabalho pra ficar lendo, porque eu gosto de ler, aí eu faço isso. (...) já, já procurei (o tratamento). Eu falei no grupo que a vontade de recair vem, e aí a doutora FULANA<sup>7</sup> falou que não é fácil, mas que a gente tem que superar, aí fez uma atividade, fez um exercício de respiração, aí ensinou várias coisas que dá pra fazer na hora que vem a vontade de beber, aquela abstinência forte, entendeu, o grupo também ajuda muito! (...) A motivação é ler um livro, é vir pro tratamento toda quarta-feira<sup>9</sup>, eu conto os dias pra chegar na quarta-feira. Eu lembro da minha primeira crise de pânico, como é que foi, aí eu tento me controlar, porque eu não quero passar por isso de novo.”* **Olga**

Anita, diferente de Olga, parece opinar a favor de práticas que exigem abstinência para ingressar ou se manter no tratamento, apesar de dizer nunca ter se tratado em um lugar ‘assim’. A entrevistada argumenta que o ‘estado’ de consciência do alcoolista para escolher

---

<sup>8</sup> Psicóloga da STA

<sup>9</sup> Dia em que ocorre o grupo de terapia e a oficina Grupo de Mulheres.

se tratar é melhor no caso da pessoa estar sem beber, sóbria, pois assim conseguiria discernir melhor o que quer:

*“Olha, eu nunca fiz esse tratamento não, que a pessoa esteja totalmente sem beber, trancada num hospital. Eu acho que é melhor, né, do que você pegar uma pessoa bêbada. A gente faz a desintoxicação, quando chega lá na rua, meu maior pavor é quando eu tô aqui no hospital e penso em chegar em casa e no que eu vou encontrar no caminho, são pessoas que tão com a bebida, pra aquilo me atrapalhar. Então eu acho que as pessoas têm que estar mesmo em abstinência. (...) É tem que chegar boa, porque a pessoa quando está bêbada, ela não sabe o que faz. E boa, ela vai ver se vai querer ou não”. Anita*

No entanto, ao ser perguntada se bebe durante o tratamento ou se já bebeu em algum momento, Anita é sucinta, limitando-se a responder: “*agora não, mas já aconteceu...*”, resposta seguida de uma grande pausa, e uma expressão da entrevistada que parece esperar a próxima pergunta, o que pode levar a pensar que Anita não se aprofunda neste assunto. Mas em outros momentos da entrevista, quando a entrevistada falava de seu ingresso na STA, momento em que procurou tratamento pela primeira vez, e ainda nem existiam leitos femininos na internação, Anita relata vários episódios de recaída, chegando a beber escondida durante um tempo em que ficou internada em outro lugar próximo ao IMPP:

*“Até que uma vez eu cheguei muito doidona, aí a doutora BELTRANA<sup>10</sup> me internou no IPUB<sup>11</sup>. Lá eu fiquei um tempão. Eu chorava, queria sair de qualquer maneira. Aí eu mesma, descobri uma saída para aquele campinho. Eu passava, ia lá e voltava, e ninguém sabia. Aí eu já nem ligava mais estar lá. Tanto faz como tanto fez. Aí eu misturava remédio com bebida, e eles nem percebiam”. Anita*

Anita diz que esta primeira vez em que se internou não ajudou muito quanto ao seu problema com a bebida, mas que com o tempo, estes episódios foram diminuindo, depois de ingressar no Grupo de Mulheres o tratamento ambulatorial, de uma maneira geral:

*“Não ajudou, porque eu bebia mais. Aí depois eu achava feio, porque toda hora eu internava, e eu ficava com vergonha. (...) Aí uma vez eu vim aqui, a doutora me trancou aqui, foi quando inaugurou o terceiro andar. Aí eu fiquei aqui me tratando, aí vinha e vinha... aí passava um tempo, um mês, dois meses, e recaía de novo, e me internava de novo. Era um desespero! Aí as coisas foram se colocando no lugar. (...) Aí quando eu passei a vir pro grupo, eu não queria mais vir chapada, e passei a me controlar mais, por respeito, né. aí começou a ter aqui essas reuniões de Grupo de Mulheres, bijuteria, aula de canto, e aquilo foi me entusiasmando, e eu fui largando...” Anita*

---

<sup>10</sup> Psiquiatra da STA.

<sup>11</sup> Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Localizado ao lado do IMPP.

Quando a entrevistadora pergunta a Anita o que faz quando recai, a entrevistada diz que seu primeiro recurso é procurar a equipe da STA e pedir ajuda:

*“Eu venho correndo pro hospital pra falar com a doutora. Aí eu falo que tô bebendo, que tá acontecendo isso e isso comigo. Geralmente ela me dá um tranco. Ou ela me dá um remédio, ou me tranca aqui. Agora não tô mais...”*  
**Anita**

Mas em momentos em que sente que pode recair, mas não chega a beber de fato, Anita conta com recursos pessoais, procurando certo isolamento:

*“...mas quando eu bebo um dia, ou vejo que eu tô... eu mesma tomo as providências de eu mesma parar, eu mesma me cuidar. Me tranco dentro de casa, procuro beber água, tomo muito líquido, pra não voltar a beber. (...) se eu sinto que eu tô com vontade de beber, eu corro pra casa, tomo remédio e durmo.”* **Anita**

Quando a entrevistadora pergunta ainda a Anita se ela tem alguma motivação para não beber, Anita reflete sobre sua vontade de viver, fazendo uma associação do alcoolismo com a morte, baseada em suas vivências de perdas de amigas que morreram, segundo a entrevistada, ‘por causa da bebida’. Anita diz ainda que o tratamento a ajuda muito, e por ter se tratado é que está viva, apontando também o Grupo de Mulheres como um espaço importante:

*“Tenho motivação, que eu agora tô com 50, querendo viver mais 50! E as psicólogas e o Grupo de Mulheres... quando eu passei a freqüentar o Pínel, eu passei a freqüentar direto. Não saí mais do Pínel, me concentro aqui, porque se eu tivesse lá fora, era bebida certa, tá entendendo. Tanto que eu venho todo dia, tem dia que eu venho até domingo pra cá. Porque eu sei que as minhas colegas todas bebem, não existe uma que não bebe.. E morreram muitas! Então eu fui ficando já com medo, entendeu, então eu fui saltando de banda, antes que eu morra! (RISOS). Aí com isso eu me manquei. Elas foram morrendo, e de todas elas, só quem sobrou fui eu, porque fui me tratando. Foi assim.”* **Anita**

É interessante notar que Anita, apesar de concordar com práticas que exigem abstinência para o alcoolista ingressar no tratamento, apresenta em sua carreira institucional muitas recaídas, sobretudo no início do tratamento, e que somente com um certo tempo de

acompanhamento estes episódios se tornaram não só menos freqüentes, mas também menos sofridos. Tal fato chama a atenção também para a forma como a melhora com relação ao alcoolismo é possível ainda que não se alcance a abstinência total, e ainda que esta seja a meta da entrevistada, como das outras. Pode-se levantar questões acerca desta melhora, de como esta ao invés de estar submetida ao simples controle da bebida, implica uma ressignificação do lugar desta na vida da usuária, ou seja, como Anita, assim como as outras, pôde trabalhar outras questões de sua vida no tratamento e esse trabalho interferir em sua relação com a bebida, e não o contrário.

Chiquinha inicia sua fala concordando com estas práticas relatando, e logo em seguida, diz que tinha bebido um dia antes de ingressar na UTA. Chiquinha defende que é melhor ingressar em abstinência, ou sóbrio, argumentando, da mesma forma que Anita, pois sem beber a pessoa estaria em melhores condições de entender o que se passa com ela:

*“Ah, eu acho bom! Acho. É bem melhor! (...) Eu não entrei em abstinência não, eu entrei, eu tinha bebido um dia antes. Mas entendi tudinho, porque eu tinha tomado só cerveja. Entendi tudinho que falaram, apesar de já conhecer a ordem, entendi tudo perfeitamente. (...) Ah é, tem que ser em abstinência. Às vezes a pessoa entra sem entender nada. Entra e não entende nada por causa do efeito da bebida.”* **Chiquinha**

Quando a entrevistadora insiste no assunto, perguntando como a pessoa poderia se tratar se não está conseguindo parar de beber e caso não encontre tratamento que a aceite neste estado, Chiquinha coloca a religião como uma possibilidade:

*“É... aí tem que rezar e se apegar a Deus, né?! (...) Tem que se apegar a Deus, a pessoa tem que ter uma religião.(...) Bom, aí fica difícil... Fica difícil te dizer.”* **Chiquinha**

Por fim, Chiquinha faz uma pausa e responde após pensar um pouco que podem existir tratamentos que aceitam o ingresso do paciente que não consegue parar de beber, mas sem fazer referência a nenhum especificamente:

*“Não, pode ter tratamento sim. Tem! Tem tratamento que tem!”* **Chiquinha**

Quando a entrevistadora pergunta a Chiquinha se ela bebe durante o tratamento ou se já bebeu alguma vez, Chiquinha responde que recaiu uma vez, situando em que contexto isso ocorreu:

*“Não! só tive recaída uma vez, foi... logo no princípio, quando eu entrei aqui. Assim que eu recebi o... o... uma advogada me enrolou! (...) Aí eu bebi! Já tinha*

*começado aqui, aí eu bebi. Tomei cerveja. Aí a doutora Flávia até sentiu o cheiro. Aí eu falei que eu não bebi, mas depois falei pra ela que eu bebi. Aí... agora que ta sendo resolvido o caso que eu já ganhei a questão, falta receber. Não recebi não.”* **Chiquinha**

Chiquinha, ao ser perguntada sobre o que faz quando recai, responde referindo-se a sua resposta anterior de que só recaiu uma vez, dizendo inicialmente que não pediu ajuda. Mas no meio da fala, Chiquinha diz que falou com a terapeuta da STA, que a aconselhou como resolver o problema com a advogada, problema que segunda Chiquinha, a teria motivado a beber, motivo maior da recaída:

*“Dessa vez eu não pedi ajuda não. (...) Eu falei, comentei com ela. Aí ela mandou que eu fosse à delegacia; eu fui à delegacia, dei queixa”.* **Chiquinha**

Após detalhar a resolução que conseguiu dar a este problema, Chiquinha continua no assunto e relata já ter utilizado o grupo de AA como um recurso para não beber:

*“Já, nos alcoólicos Anônimos. (...) eu falei, quando eu tinha ingressado... que eu tinha parado de freqüentar. Aí o companheiro falou: ‘Não, volta, volta a freqüentar que é muito bom, você não pode parar de freqüentar. Mesmo que você não fale nada, você vai escutar os companheiros!’ Aí eu fui, como tô indo até hoje.”* **Chiquinha**

Como motivação para não beber, Chiquinha elege a música como principal fator de motivação e ‘ocupação’, dizendo ser uma atividade que aprecia desde pequena:

*“Estudar, estudar música. Ocupa muito minha mente. Tenho o violão, aí eu pego o violão, fico tirando as músicas, aí fico feliz. Porque eu gosto muito de música, sempre gostei de música, desde pequena.”* **Chiquinha**

Assim como Anita, Chiquinha argumenta que é melhor ingressar no tratamento sóbrio, e concorda com práticas que não aceitam a pessoa alcoolizada para se tratar. No entanto, Chiquinha apresenta recaída durante o processo de tratamento, apesar de dizer que recaiu uma única vez, e toma o cuidado de descrever a razão para o episódio ter ocorrido, dando a impressão que queria justificar a recaída, como se esta não fizesse parte do processo de tratamento.

Maria Bonita, por sua vez, discorda claramente deste tipo de prática, chegando a fazer uma relação destes tratamentos com os grupos de AA, que adotam o mesmo princípio dos participantes não poderem estar alcoolizados durante os encontros. Maria Bonita coloca ainda que o único passo do AA que utiliza como princípio para seu tratamento é o de se reconhecer como impotente perante o álcool:

*“Eu acho que não tem nada a ver, porque se você pode manter esse auto controle sozinho, você não precisa de tratamento nenhum, é só continuar saudável e acabou, entendeu. Porque eu já ouvi falar, tem a CLINICA TAL, o AA é completamente assim, tem muitas regras, tem os doze passos, as doze tradições, que eu disse pra ele que o único que eu fiz foi o primeiro passo: reconhecer que eu sou impotente perante o álcool!”* **Maria Bonita**

Quando é perguntado a Maria Bonita se já houve alguma recaída durante o tratamento, a entrevistada afirma que já houve várias re-internações, diferenciando estas internações por recaídas alcoólicas e recaídas somente ‘depressivas’, ou seja, situações em que não tinha bebido propriamente, mas precisava se internar:

*“Já, várias! Não várias assim, eu não sei, eu devo ter umas 20 internações, e pelo menos 4 foram recaídas alcoólicas. O resto foi depressiva.”* **Maria Bonita**

Na fala de Maria Bonita aparece o termo ‘recaída depressiva’, dando a entender que precisava se reinternar na STA não pelo abuso da bebida, mas pelo sofrimento causado por uma ‘crise’ depressiva, sendo inclusive, a maior incidência de recaídas.

Maria Bonita coloca a equipe da STA como importante recurso do qual se utiliza quando cai, qualificando positivamente sua relação com a equipe e a liberdade que tem para pedir ajuda quando precisa, liberdade que, segundo Maria Bonita, adquiriu ao longo do tempo que se tratou na STA.:

*“Eu venho e peço ajuda. (...) eu corro pro Pínel. Eu peço ajuda, chego pra doutora FULANA e digo que estou mal. Esse tô mal, ela sabe que engloba o todo. Eu chego pra doutora BELTRANA, pra falar assim mais a sós, eu tenho mais abertura com ela. (...) Mas normalmente eu peço ajuda. já aconteceu, por exemplo, deu ter bebido, chegar no outro dia e já ter passado o efeito, e falar: ‘eu bebi, tô bebendo, não tô segurando a onda e quero me internar!’ Eu falo, eu já peguei uma certa intimidade com o tratamento, não é nem assim, com as pessoas, mas com o tratamento, com quem tiver aqui, se eu achar que eu tô mal, eu vou falar com você: ‘tô mal’. Eu sei que você não é daqui, não é psiquiatra, mas eu sei que você pode levar minha mensagem além.”* **Maria Bonita**

Quando perguntada se tem alguma motivação para não beber, Maria Bonita faz uma longa reflexão sobre o que a leva a não beber atualmente, dizendo ter aprendido ao longo das internações. Maria Bonita parece se prevenir de danos maiores que o alcoolismo pode causar, citando o estado do qual quer evitar chegar:

*“Tenho, tenho sim, por exemplo, eu acho que a gente raciocina melhor sem o álcool, a gente tem a opção de estudar, de aprender, de viver mais em paz, sem essa história de fuga. Essa história de fuga um dia cansa. Você foge tanto de si própria que um dia você se perde. Então eu tenho medo dessa perda psíquica. Não é do agora, agora eu tô andando sobre as duas pernas, tô linda maravilhosa, mas eu tô vendo todo dia aqui o estado de algumas pessoas que chegam. Quer dizer, as mulheres nem tanto, os homens, muito mais afetados, né. Então não preciso de outro espelho, meu espelho é o Pínel. (...) Porque a UTA põe a gente nos eixos de novo, pelo menos por um tempo. Foi com todas as internações que eu terminei aprendendo.”* **Maria Bonita**

Em outro momento da entrevista, quando Maria Bonita falava da diferença entre recaídas de homens e mulheres e elencava fatores que levam ambos a recaírem, Maria Bonita aponta a qualidade de vida como um ponto a ser considerado no quadro de uma pessoa que tem problemas de abuso de bebida:

*“Depende muito da qualidade de vida da pessoa. Tem gente que fala que é por isso, por aquilo, mas a qualidade de vida, o sofrimento, o excesso, a falta de dinheiro, a falta de carinho, de um companheiro, tudo isso faz a pessoa, ficar mal.”* **Maria Bonita**

Ao longo de toda entrevista, chama a atenção o fato de Maria Bonita sempre apontar fatores não puramente biomédicos que influenciam no quadro do alcoolismo, colocando a própria qualidade de vida como um norteador do quadro de saúde de um alcoolista. Além disso, em diversos momentos Maria Bonita associa seu problema com alcoolismo sempre a sua depressão, apontando eventos traumáticos e a tristeza de sua vida à motivação para beber. É relevante apontar, no entanto, que este discurso de Maria Bonita sobre as percepções de fatores sociais e subjetivos que influenciam o processo de adoecimento do alcoolismo convivem com uma concepção biomédica deste problema, como se este fosse localizado no sujeito alcoolista. Em diversos trechos da entrevista, a depoente não deixa de afirmar o alcoolismo como uma doença crônica, inata, chegando a afirmá-la como uma doença genética, ainda que reconheça não existirem provas desta causalidade. Neste sentido, vale a pena transpor dois trechos da entrevista de Maria Bonita que ajudam a

ilustrar estas concepções presentes em seu discurso. No primeiro trecho, a entrevistada aponta o alcoolismo como uma predisposição de seu organismo, seguida de uma descrição de um momento de sua vida em que bebia como uma forma de ‘fugir’ e mesmo se anestesiar da angústia decorrente de problemas que estava enfrentando, como o falecimento do pai, o trabalho e a violência sofrida pelo companheiro:

*“E eu tive essa tendência a ter essa queda pelo álcool, devido à predisposição no organismo, por exemplo, de 10 a 20 pessoas numa família, uma só ou duas vão se tornar alcoolistas. É predisposição, que eu já busquei, pedi, implorei, perguntei, ninguém diz que é genético, até porque, na minha família, que eu saiba, só meu avô materno morreu de álcool, foi o único, outra história de álcool não existe na família. E antes do meu pai falecer, o Jorge me batia muito já, me dava muita porrada. Eu já tinha descoberto a hotelaria, já estava trabalhando, já estava vivendo com mais angústia, aí eu já comecei a beber como fuga... eu na minha cabeça, era livre, eu ia ficar um pouco aliviada. Mas na realidade, era uma fuga, né, cada vez que eu me anestesiasse, eu não ia estar nem aí, ia absorver as porradas...”* **Maria Bonita**

Em outro trecho, Maria Bonita aponta o tratamento como fundamental para a melhora do alcoolismo e para a depressão, denominados pela depoente como problemas crônicos, onde afirma que jamais terá alta uma vez que a doença não tem cura, só melhora:

*“Eu procuro manter o equilíbrio, procuro manter aquilo que eu conquistei de 2002 até agora, porque a minha doença é crônica. As duas, depressão crônica, eu tenho, e alcoolismo crônico, então eu nunca vou ter alta, eu posso até ter uma melhora, posso até vir uma vez por mês, sair do grupo, mas isso se eu arranjar um trabalho que preencha a outra parte do meu tempo, senão, eu vou continuar fazendo parte do Grupo de Mulheres, fazendo isso, isso e aquilo. Porque isso tá salvando minha vida! Se eu não tivesse aqui, ih, eu já tinha morrido há muito tempo!”* **Maria Bonita**

Adelina e Tarsila são mais duas entre as entrevistadas que dizem nunca terem recaído desde que ingressaram na STA:

*“Eu nunca recaí não. Desde que eu me internei, tem dois anos que eu não bebo!”*

**Adelina**

*“Não, não tenho tido, desde que eu entrei”* **Tarsila**

Apesar de Adelina e Tarsila nunca terem recaído durante o tratamento, as duas discordam de práticas que exijam abstinência para ingressar ou que não aceitam pessoas que bebem durante o tratamento. Adelina, em sua resposta, argumenta que a busca do

tratamento é justamente para quem não consegue parar de beber, e relata que estava 'bêbada' quando procurou o tratamento pela primeira vez:

*“Eu acho que se a pessoa não está bebendo ela não precisa de tratamento. Se ela vai procurar tratamento é porque ela está bebendo. Quando eu vim procurar tratamento, eu vim bêbada. Eu não lembro nem quem foi o médico que me atendeu.” Adelina*

Adelina, perguntada sobre os recursos que utiliza se sente que vai recair, reitera sua fala anterior de nunca ter recaído desde que ingressou no tratamento, e ainda, que nunca achou que iria recair e portanto, não enumerou nenhum recurso imediato. Porém, quando perguntada sobre sua motivação para não beber, Adelina fala que não deseja dar motivo aos outros a sua volta para falarem sobre seu problema coma bebida:

*“Ah, eu não quero dar mais motivos pra ninguém falar de mim, e se falar, eu respondo o que eu quero. Porque eu sou dona da minha vida, eu sei que eu precisei parar de beber, mas os outros querem sempre um motivo pra falar... Eu achava que era ruim, sabia que tava bêbada e ninguém precisava falar que eu estava bêbada. Achava ruim a pessoa falar.” Adelina*

Tarsila também diz que o tratamento deve aceitar a pessoa que não está conseguindo parar de beber:

*“Mas desses lugares, eu acho que não tem que ser bem por aí, porque a pessoa tá procurando ajuda, eu acho que a ajuda tem que ser dada. Porque tem que ser aceito. Porque tem que estar em abstinência pra poder ingressar? (...) Tem que ser internada, tem que aceitar sim, se a pessoa tá precisando de uma ajuda, tem que dar uma ajuda. Mas quando a pessoa quer, tem que procurar.” Tarsila*

Tarsila também diz nunca ter recaído, mas já percebeu que poderia recair, e buscou ajuda numa sala de AA, pois era o recurso imediato mais fácil no fim de semana, momento em que se sentiu vulnerável. Mas quando fala de sua motivação para não beber, ainda que sucintamente, Tarsila cita o tratamento como um fator motivador:

*“Percebi, mas eu fui pra uma sala de AA. Quando eu pensei que eu fosse recair era no fim de semana, então só dava pra ir pro AA Eu fui pro AA. (...) E pra não beber? Que eu faço? Bom, tenho, motivação sim, pra estudar, pra vir aqui, pra viver!” Tarsila*

O fato de a recaída estar presente no processo de tratamento de algumas entrevistadas não significa um retrocesso ou uma piora necessariamente. Muitas vezes, as recaídas acontecem de forma pontual, e no caso das entrevistadas que relataram já terem recaído, estas ocorreram em momentos onde as entrevistadas, na maioria das vezes, não tinham se afastado do tratamento, estando quase sempre em acompanhamento e trabalhando as razões que podem estar envolvidas neste acontecimento. Além disso, das seis entrevistadas, quatro colocaram o serviço da STA como um recurso com o qual contam quando recaem ou sentem que vão recair, relatando como parte do tratamento o acolhimento diante de episódios de recaídas ou mesmo de situações de vulnerabilidade das usuárias.

Cabe dizer ainda que duas das entrevistadas citaram o receio de terem uma recaída ‘emocional’ ou ‘depressiva’, ou seja, de se sentirem em risco ou vulneráveis em situações em que não necessariamente bebem, mas nomeiam como recaída.

Em vários momentos as entrevistadas apontam o desejo de não voltarem a beber, colocando a abstinência como meta do tratamento, desejo este ilustrado ainda em argumentos que defendem o alcoolismo como uma doença inata e incurável, somente controlável. Esta forma de definir e mesmo vivenciar o alcoolismo não se diferencia muito com uma concepção mais hegemônica deste enquanto uma doença com causa localizada no indivíduo. No entanto, esta concepção, na prática, parece conviver com outras formas com as quais as entrevistadas encontraram para se relacionarem com a bebida e com a ‘doença, e com a própria forma como os serviços de saúde abordam e podem abordar o alcoolismo. Em muitas situações, a recaída parece fazer parte do processo de tratamento e de que forma ela pode ser ‘resignificada’ no serviço em que se tratam. Estes casos apontam questões mais amplas que o simples controle sobre o beber que são trabalhadas no tratamento.

### ***Como uma pessoa sem valor*<sup>12</sup>: Percepção sobre as diferenças de gênero e preconceito no alcoolismo.**

Neste tópico, nos preocupamos apreender como as entrevistadas percebem (ou não) as diferenças de gênero com relação ao alcoolismo, tanto na motivação de homens e mulheres para beber, quanto na forma como são tratados. Quando falamos em motivação, não sabemos como esta percepção se dá para cada uma, se vinculam o alcoolismo de

---

<sup>12</sup> Trecho retirado de uma fala de Anita, p.93.

alguma forma a motivações ou causas que não sejam definidas enquanto fatores puramente biomédicos. A intenção é saber se vêem alguma diferença nos fatores que constituem o alcoolismo no homem e na mulher. Além disso, procuramos saber se percebem alguma forma de preconceito com relação ao alcoolismo, se vêem alguma diferença deste preconceito com relação ao gênero e, ainda, se já sofreram propriamente alguma forma de preconceito.

Ao ser perguntada sobre a diferença entre homens e mulheres com relação à motivação para beber, Olga afirma que não há diferença, visto que para ela, o alcoolismo é uma doença, e portanto, não tem como haver diferença nem na motivação para beber:

*“Não! Acho que alcoolismo ele vem pra qualquer um, pra homem e pra mulher, entendeu. A doença é... ela pode atacar qualquer um”.* **Olga**

Porém, ao comentar o alcoolismo, Olga diz que o preconceito é maior sobre a mulher do que sobre o homem, onde a imagem da mulher que bebe é sempre avaliada negativamente de forma mais intensa que para o homem, sendo vista como mulher ‘fácil’, ‘da vida’, como incapaz de cumprir os ‘papéis femininos’, ainda que trabalhe, enquanto o homem que bebe, mesmo que sofra preconceito, é mais aceito socialmente:

*“Mas acho que pra mulher é que tem mais preconceito, né, mulher alcoólatra. O homem todo mundo fala: ‘Ah, cachaceiro, não sei o que...’ agora uma mulher bêbada, alcoólatra na rua, o povo já olha ela com... já chama, já acha que é puta, já que é mulher vadia, que não tem nada pra fazer e fica bebendo.... tem mais preconceito pra mulher alcoólatra do que pro homem.(...) porque, como eu acabei de dizer, o homem, ele bebe, ele fala: ‘Ah, eu sou homem!’, ele chega do serviço e já quer tomar a cerveja dele. Já a mulher chegar do serviço e entrar num barzinho, já todo mundo já olha pra ela com outros olhos: ‘Ah pô, em vez de ir pra casa cuidar do marido, tá aqui bebendo!’, entendeu. Existe esse preconceito, ainda existe esse preconceito, não é mais a mesma coisa”* **Olga**

Quando perguntada se já sofreu alguma forma de preconceito com relação ao alcoolismo, Olga descreve algumas situações onde foi discriminada por causa do ‘alcoolismo’, na época em que bebia muito, nas palavras da própria depoente: era ‘alcoólatra mesmo’. Mas Olga coloca mesmo após deixar de beber como antes, ainda sofre preconceito por causa da bebida:

*“Já! Ah, o preconceito do tipo, eu tava passando na rua o cara: ‘Pô, aquela garotinha ali chapa, detona, entorna pra caramba! Novinha, novinha é mó pinguça!’.* Tem um bar lá perto de casa e eu passo em frente, todo mundo fala: ‘e

*aí, não vai beber hoje não?!'. Porque há um tempo atrás eu bebia ali, todo dia, todo dia eu bebia. E lá na casa da minha mãe também, as pessoas, quando eu morava lá, na época, né, quando eu era alcoólatra mesmo, não tinha essas doenças aí de pânico, não tinha nada disso! Então eu bebia mesmo pra valer, bebia uma caixa de cerveja e mais o que tivesse. Então, o que aconteceu, as pessoas me viam como cachaceira mesmo, pinguça!(...) ah, é horrível, né, porque eu não tô assim como eu bebia antes! E as pessoas já me olham já viram a cara já, quando eu chego na casa da minha mãe!" **Olga***

Em outro tópico, quando a entrevistadora perguntava a Olga sobre sua trajetória na STA, a entrevistada descreve sua primeira internação, detalhando o medo que tinha de sofrer preconceito devido ao alcoolismo da própria equipe de tratamento, esclarecendo em seguida o que aconteceu, se sentido bem recebida no serviço:

*"Ah, foi muito triste, eu não sabia como é que era ficar internada, né, nunca tinha ficado. Eu pensei, pô, vou ficar um tempão sem beber, será quanto tempo que eu vou ficar aqui? O que será que vão fazer comigo? Será que vão me dar injeção? Vão me esculachar, que iam me dar esporro: 'pô, mais uma cachaceira chegando!'. Eu pensei que iam fazer tudo isso. Na verdade é tudo ao contrário. Mas depois eu fiquei tranqüila, eu vi que todo mundo tratava a gente bem. Na primeira internação me trataram muito bem, explicaram tudo direitinho, os remédios, os horários, fui muito bem recebida." **Olga***

O depoimento de Olga traz situações em que sofreu preconceito e outras em que temeu sofrer preconceito, como sua chegada ao tratamento. Verifica-se no discurso da de Olga que sua concepção sobre alcoolismo abriga uma leitura biomédica, quando considera este uma doença, e que, portanto não poderia ser diferente em homens e mulheres. Porém, Olga parece também entender que o alcoolismo é um problema carregado de juízos e valores, a ponto dela ser discriminada pela vizinhança de sua mãe mesmo após parar de beber e também quando teme ser discriminada como 'mais uma cachaceira' pela equipe da internação. Além disso, apesar de Olga não ver diferença na motivação para beber entre homens e mulheres, reconhece uma 'cobrança social' maior sobre a mulher que bebe, não ignorando que de alguma forma as relações de gênero atravessam o alcoolismo.

Na opinião de Anita, assim como para Olga, não há diferença de gênero com relação à motivação para beber:

*"Não tem diferença não. porque eu conheço tanta gente que bebe, e a mulher não bebe... eu conheço gente que bebe e não sai de casa porque tem medo de sair na rua e beber. No caso homem." **Anita***

Além de não perceber diferença entre homens e mulheres com relação à motivação para beber, Anita coloca que homens e mulheres que alcoolistas são vistos pela sociedade da mesma forma, ou seja, sofrem o mesmo preconceito por conta do alcoolismo, sendo vistos como pessoas sem valor:

*“É né, do mesmo jeito, como uma pessoa sem valor. É difícil acreditar numa recuperação de uma pessoa que bebe”.* **Anita**

No entanto, ao ser perguntada se homens e mulheres sofrem o preconceito da mesma forma, Anita parece perceber diferenças de gênero, apontando o preconceito sendo maior sobre a mulher, argumentando da mesma forma que Olga, o quanto às imagens de homens e mulheres são construídas de forma diferente, o homem geralmente visto como alcoólatra, mas ainda vinculado à imagem de machão, e a mulher como ‘fácil’. Anita diz não ter sofrido tanto assim esta ‘discriminação’ de gênero, uma vez que procurava beber acompanhada, e sempre pagava:

*“Tem, porque a mulher é vista com outros olhos, né. E o homem, é prova de machão, ou então é fim de carreira mesmo. (...) Geralmente eles chamam a mulher de vagabunda, né. o homem é falta do que fazer...há uma diferença sim, eu não sei te explicar direito, mas há uma diferença sim. No meu caso, o pessoal que me achava bebendo, eles não implicavam muito não porque geralmente quem pagava era eu. E eu fazia questão de pagar pra ter companhia. Porque quem bebe nunca quer beber sozinho, quer sempre ter alguém. E o homem se entrega, fica pedindo...”* **Anita**

Anita diz não ter sofrido tanto discriminação de gênero com relação à bebida. No entanto, não deixou de sofrer preconceito por causa do alcoolismo, dizendo ser chamada de ‘cachaceira’ por colegas:

*“Sofro! É o pessoal que me chama de cachaceira. Aí eu deixo até de falar com a pessoa. São algumas colegas”.* **Anita**

Chiquinha também diz não ver diferenças na motivação para beber entre homens e mulheres, dizendo inclusive que acha o caso da mulher alcoolista ‘pior’ que do homem, ‘mais triste’, pois a mulher que bebe deixa de cumprir os papéis femininos. Chiquinha parece não ver esta cobrança maior sobre a mulher como um preconceito, parecendo concordar com as exigências sobre a mulher com relação à responsabilidade com filhos e

marido, chegando a declarar que nunca quis casar justamente para não ter que responder por estas responsabilidades:

*“Não, eu acho que não, eu acho que é igual. (...) Ah, pra mulher é pior, né, o alcoolismo é bem pior na mulher (...) porque eu acho que o homem, no homem alcoólatra já é ruim. A mulher então... é pior! Piorou! (...) É mais triste. Uma mulher, é muito triste uma mulher beber. Eu acho. É muito triste. (...) porque, por ser mulher. O homem não. o homem é triste, mas não é tanto. O homem, farra é com eles mesmo! Agora mulher não, mulher tem seus afazeres. Muitas... eu tenho muitas companheiras que largavam os filhos com o vizinho, largavam os filhos trancados sozinhos pra beber. Isso não é certo! Eu não quis casar! Fui noiva tre vezes e não quis casar porque?! Eu não quis responsabilidade. Se eu tivesse casado, eu tinha que ter responsabilidade com os filhos, marido, roupa pra lavar, comida pra fazer... e eu não quis!” Chiquinha*

Quando a entrevistadora pergunta se homens e mulheres alcoolistas sofrem preconceito de forma diferente, ou se são vistos pela sociedade de forma diferente um do outro, Chiquinha diz não ver diferença, sendo o preconceito pelo alcoolismo igual para os dois:

*“Não, não é diferente. É o mesmo preconceito!” Chiquinha*

Chiquinha aponta a existência de forte preconceito com relação ao alcoolismo, mas sem fazer distinção de gênero na discriminação social sobre o alcoolismo. No entanto, entrevistada não deixa de perceber a existência de lugares e papéis diferenciados, masculinos e femininos, reconhecendo que a mulher tem uma cobrança maior com relação a determinadas responsabilidades e que, portanto, o alcoolismo é pior no caso da mulher. Chiquinha parece não perceber esta cobrança maior sobre a mulher como preconceito, e sim como sinal de maior gravidade do alcoolismo uma vez que este impediria ou traria prejuízo ao cumprimento de tais responsabilidades.

Quando perguntada se já sofreu preconceito por causa do alcoolismo, Chiquinha responde afirmando que já sofrera preconceito no trabalho, apesar de colocar estes comentários como um ‘alerta’ dos companheiros de trabalho, dizendo ter aceitado se internar para não perder o emprego:

*“No trabalho. As pessoas ficavam me olhando... Nem todas, né. trabalhava numa sala com três colegas, duas senhoras e um rapaz. Aí eles ficavam me olhando, falavam comigo: ‘Não, você não bebe, porque não vale a pena! Não vale a pena! Você vai chegar com cheiro, ela vai sentir, vai ficar ruim pra você, vai te mandar embora, e nós gostamos muito de você...’ Aí falavam essas coisas pra mim. Aí eu*

*fui aceitando, aceitando, tanto que eu aceitei a internação, senão, se eu não tivesse aceitado a internação, eu teria sido mandada embora. Aí ia ser mais difícil de arrumar trabalho.”* **Chiquinha**

Maria Bonita é a primeira entrevistada a concordar com a existência de motivações diferentes para beber entre homens e mulheres. Em sua argumentação, Maria Bonita parece perceber estas diferenças como reflexo ou parte de um conjunto de expectativas de gênero, e a motivação para beber distinta entre homens e mulheres seria mais uma ‘marca social’ destas expectativas. Maria Bonita fala a partir do que sente, do que a leva a beber como uma referência para esta distinção:

*“Ah, pra eles é, o futebol ganhou, ou o time perdeu, fulana não quis... há motivações diferentes. Por exemplo, pra mulher, se ela quisesse muito um emprego na vida, aí talvez ela fosse beber pra beber o negócio! (...) A maneira de ver, que é aquele tal olhar feminino, que é a fêmea e o macho, vamos tratá-los como animais que somos, né... eles não! Eles nasceram pra abrir as pernas, coçar o saco, jogar bola, tomar cerveja. (...) Ou no meu caso, uma tristeza muito grande, eu ia beber a tristeza, chorar a tristeza bebendo (...) Eu acho que as mulheres, eu, Maria Bonita sou muito mais infeliz. Se eu pudesse ler a mente deles, eu te provaria que sim”.* **Maria Bonita**

Quando perguntada se homens e mulheres alcoolistas são vistos ‘socialmente’ de forma diferente, ou seja, se há diferença de gênero no preconceito com relação ao alcoolismo, Maria Bonita é bastante assertiva ao dizer que a permissividade sobre os homens é bem maior, dizendo-se vítima do preconceito mais incisivo sobre a mulher:

*“Eu acho que é diferente a maneira deles beberem porque eles não são tão mal vistos quanto a gente... (...) É diferente, eles são bem mais aceitos. Eles podem ser pinguços, amanhecer e anoitecer no bar, agora, se eu chego no bar e permaneço metade do dia ali, neguinho já me olha de outra maneira. Digamos que tenha duas, três garrafas, aí: ‘pô, é alcoólatra, bebe à beça!’ as pessoas não falam, mas olham, você sente o desprezo no olhar das pessoas. Eu já senti isso, eu posso falar de cadeira. (...) A diferença é a forma deles beberem, é diferente da gente. Eles podem beber mais, fazer mais bagunça, mais tudo, e a sociedade não vai mais condenar tanto quanto condenam as mulheres pelo mesmo fato.”* **Maria Bonita**

Num certo momento, Maria Bonita argumenta de forma parecida com Chiquinha trazendo a relação entre alcoolismo e expectativas de gênero, quando cita por exemplo, as cobranças que são feitas sobre a mulher, as responsabilidades com filhos e marido. A diferença, entretanto, é que, para Maria Bonita, estas expectativas podem fortalecer o preconceito maior sobre a mulher que bebe:

*“Maria Bonita: é, porque eles são homens. Nós somos mulheres, temos que ser bom exemplo, boa esposa, boa mãe, boa isso, boa aquilo... não podemos errar. Eles não, eles podem tudo. Do ponto de vista da sociedade eles podem tudo”.*

**Maria Bonita**

Quando perguntada se já sofreu algum preconceito por causa do alcoolismo, Maria Bonita relata que também sofreu preconceito no emprego, não pelos colegas, mas pelo próprio ex-companheiro, com quem era casada na época, que a ‘denunciou’ no emprego como alcoólatra, onde foi demitida:

*“Terrível! Terrível! Coisa mais triste da minha vida. Queria que abrissem vários buracos, não era um só não. A pessoa botar o dedo na sua cara e falar: ‘você é um pé de cana! Você é um alcoólatra!’ Poxa, perdi o emprego exatamente porque o meu companheiro brigou com o meu gerente e falou que eu era alcoólatra, porque ele achou minhas fichas de 3 anos e 6 meses, era uma ficha nos primeiros 6 meses, e depois de mais 6 meses vem mais uma ficha, tavam todas guardadas numa caixa, de viver sóbrio, as tradições, tudo guardado numa caixinha. Quando o meu companheiro pegou, usou tudo isso contra mim. Aí eu também criei uma certa repulsa do AA, também teve isso.”* **Maria Bonita**

Adelina não deixa de apontar marcas sociais de gênero na forma de beber, usando suas razões para beber de forma privada como uma referência para a distinção entre o beber feminino e o masculino. No entanto, não faz exatamente uma distinção de gênero com relação à motivação para beber, dizendo que o sofrimento que leva a beber tem mais relação com fatores sócio-econômicos do que com o gênero.

*“A diferença que eu acho é que o homem só bebe geralmente no botequim. A mulher bebe mais em casa. Bebe no botequim, mas costuma mais beber em casa. Eu não sei, acho que homem gosta muito de ficar conversando, na rodinha, no botequim. No meu caso, eu tinha medo de beber e não conseguir voltar pra casa. Eu tinha medo dos outros terem que me carregar, eu tinha vergonha. Eu já carreguei muita gente. E na minha casa, era só deitar no sofá, eu não ia cair. Nem na cama eu dormia. Os homens têm menos medo de beber e cair, eles se acham muito fortes, que nada vai acontecer com eles. (...) Em relação ao sofrimento eu acho que não. eu acho que depende da situação financeira. O povo sofre mais, porque bebe, e se amanhã não tiver o dinheiro é brabo. O rico não, se bebe hoje, amanhã tem o dinheiro pra comprar o pão e tá tudo bem. Aí começa a briga com o pobre, porque ele bebe o dinheiro do pão.”* **Adelina**

Apesar de não afirmar primeiramente a maior discriminação sobre a mulher que bebe, mais adiante, quando perguntada se homens e mulheres alcoolistas são vistos pela

sociedade de formam diferente, Adelina diz que a mulher é mais discriminada que o homem:

*“Recrimina mais a mulher do que o homem. O homem tá bêbado, tudo bem. A mulher tá bêbada, já chamam de sem vergonha. Eu já vi. O preconceito em cima da mulher é maior, eu não sou surda não.” Adelina*

Adelina também sofreu preconceito por causada bebida, relatando o quanto seu convívio com algumas pessoas foi afetado porque muitas amigas não a convidavam para sair na época em que bebia. Adelina descreve ainda uma situação dentro da família, com a cunhada, em que diz ter sofrido preconceito:

*“Ah, isso já. Muita gente que se dizia minha amiga, ou então sabia que eu bebia, não me chamavam pra sair porque eu bebia, falavam que eu ia beber a bebida toda. A minha cunhada nunca me chamava. (..) Mas eu não vou, não me chamava, e agora que eu estou boa ela me chama... é preconceito! Meu irmão não, sempre fez questão de me chamar. Eu me dou melhor com a minha ex-cunhada do que com a minha cunhada, porque minha ex-cunhada nunca me censurou.” Adelina*

Tarsila diz que homens e mulheres bebem pelos mesmos motivos, enumerando alguns fatores que podem levar ambos a beber:

*“É a mesma coisa, desemprego, baixa auto estima. Às vezes o cara bebe socialmente, mas não tá feliz com nada, com a relação. Às vezes não é nada disso e bebe também. Mulher a mesma coisa, não tem emprego, ou é traída pelo marido...(..) Eu acho que os fatores são os mesmos, não muda o produto, é o mesmo problema, financeiro, depressão, chega em casa tem problemas... é muito complicado” Tarsila*

Em outro tópico, Tarsila aponta uma relação entre o alcoolismo feminino mais evidente nos dias de hoje às condições e exigências cotidianas às quais as mulheres estão submetidas, como maior inserção no mercado de trabalho e aumento de responsabilidades:

*“As mulheres hoje tão bebendo mais, porque elas estão tendo mais responsabilidade. A carga emocional tá em cima delas, a cobrança tá em cima delas. Tem que estudar, trabalhar, cuidar da casa, a sociedade cobra muito delas. ‘A mulher perfeitinha, você não quis sua liberdade, sua vida moderna?’ mas ela não é respeitada. Tem homem que trata mulher sem respeito. E acham que mulher é um objeto. Elas estão bebendo porque estão com muita responsabilidade nas costas, e o preconceito continua. Eu falo por mim, porque o preconceito é maior.” Tarsila*

Tarsila também acredita que o preconceito sobre a mulher é maior com relação ao alcoolismo, dizendo que o alcoolismo no homem parece estar mais ‘naturalizado’:

*“São discriminados. Mas tem um machismo. Se o homem beber pode, tudo fica bem, mas se a mulher bebe, cai ali, é feio... a sociedade tem esse preconceito, mas ela não sabe o que levou aquela mulher a beber e cair ali, ou extravasar, ninguém sabe, e ninguém pode julgar. E se o homem cai ali, é normal, ninguém fala nada”.* **Tarsila**

Tarsila diz ter sofrido preconceito em diversos âmbitos e situações, pela depressão, pelo alcoolismo, por sua situação financeira, na família, vizinhança e no trabalho, relatando inclusive ter perdido uma oportunidade de emprego quando a empregadora soube que ela fazia tratamento para alcoolismo:

*“Você vê, eu dependo do auxílio<sup>13</sup>, e é uma humilhação chegar lá e ouvir: ‘quanto tempo você vai ficar nessa? Você vem aqui receber dinheiro? Que depressão o que? Isso é conversa!’. E é assim que a gente é tratada. Por que isso não tá na pessoa, está em mim. Quando eu vou encarar o mercado de trabalho, não vai longe. Tinha uma dona aqui que falou que na loja onde ela costura, tá precisando de vitrinista, só que ela citou pra patroa dela que eu fazia tratamento aqui, junto com o marido dela. A patroa dela simplesmente não me quis como vitrinista. É complicado! Eu fiquei abaladíssima. (...) Já sofri vários preconceitos. Por ser pobre, pela bebida, pelo meu jeito de ser que incomoda as pessoas. Hoje eu tô bem melhor, já aceito isso. mas eu já sofri muito preconceito, na escola, na família, sempre fui rejeitada. Mas hoje eu tirei essa rejeição do meu caminho. Mas por causa da bebida, eu sempre ouço. Quando meu irmão me agrediu, a gente foi parar na delegacia e meu irmão disse que eu era maluca porque bebia. É um preconceito. Ele conta pra todo mundo que eu sou AA, que eu me trato no AA. Ele se refere a mim como maluquinha, AA, doida...”* **Tarsila**

Em sua fala, Tarsila atribuiu parte do preconceito que sofre em sua comunidade à história de esquizofrenia de sua mãe:

*“Porque onde eu moro tem um preconceito comigo. Pessoas sempre me conheceram como a maluquinha do bairro. Porque a minha mãe é esquizofrênica, e conviver com a esquizofrenia da minha mãe foi uma barra”.* **Tarsila**

De todas as entrevistadas, somente Maria Bonita parece reconhecer o atravessamento das relações de gênero sobre a motivação para beber no alcoolismo, chegando a referir a

---

<sup>13</sup> Tarsila recebe pelo INSS Auxílio doença devido ao seu diagnóstico de depressão

própria tristeza como um motivo diferente dos motivos que levam os homens a beber. No entanto, todas de alguma forma, apontam as construções hegemônicas de gênero impressas na problemática de alcoolismo, quando referem, por exemplo, maior cobrança sobre a mulher que bebe devido às responsabilidades de mãe e esposa, e a maior ‘permissividade’ social do homem para beber. Esta diferença fica claramente ilustrada nos depoimentos através das imagens e representações sociais diferenciadas para homens e mulheres que bebem, como o homem que bebe é visto como ‘machão’, e a mulher é chamada de ‘puta’, ‘fácil’. É notável para as entrevistadas o preconceito maior sobre a mulher, exceto para Chiquinha, que não deixa claro se a maneira como entende as diferenças de gênero relacionadas ao alcoolismo pode ser considerada uma forma de preconceito.

Faz-se necessário notar ainda que todas as entrevistadas descreveram situações em que sofreram discriminação de pessoas próximas por causa do alcoolismo, de colegas de trabalho, vizinhos próximos e até familiares, como Maria Bonita sofreu por parte do companheiro e Adelina por parte da cunhada, cada uma a seu modo colocando esta experiência como fonte de muito sofrimento.

### **Distinguindo tratamentos e ‘tratados’**

O próximo tópico procura levantar o que as entrevistadas acham das práticas de tratamento com relação à distinção de gênero, se percebem a atenção diferenciada dada a homens e mulheres nos serviços pelos quais passaram, na própria STA. Foi perguntado ainda se acham que homens e mulheres demandam por tratamentos diferenciados, com características específicas segundo gênero. Todas as entrevistadas, sem exceção, disseram que não perceberam uma atenção diferenciada para homens e mulheres nos tratamentos em geral, mas enfatizaram o número reduzido de leitos femininos no setor de internação da STA se comparado ao número de leitos masculinos. Afirmam ainda que este número é insuficiente para abarcar a demanda de atendimento de mulheres alcoolistas

Olga, quando perguntada sobre as diferenças que percebia no atendimento dado a homens e mulheres, afirmou o número de leitos femininos como uma deficiência do setor, chegando a avaliá-lo como uma forma de preconceito sobre as mulheres que sofrem de alcoolismo:

*“As diferenças começa na... no leito, né, porque as mulheres alcoólatras daqui, elas só tem cinco vagas, e o homem, no leito deles tem mais de vinte, entendeu. Essa que é a diferença, de conseguir uma vaga. Aí já é a diferença!”*

Entrevistadora: mas como é que você entende essa diferença?

*“Eu entendo como... tipo um preconceito, assim... é, um preconceito com as mulheres, porque, tanta mulher precisando de, de uma internação, de uma vaga, como eu venho lutando aí um tempão, pra tentar... não é nem questão de álcool mesmo, é questão de parar essas vozes dentro da minha cabeça, e eu nunca consigo, porque nunca tem vaga, a vaga é limitada, só tem quatro! O homem chega aí, qualquer um, chega qualquer um homem aí bêbado, ele... quase que imediatamente tem vaga pra ele, entendeu. Agora mulher não! A vaga é limitada!”* **Olga**

É importante registrar que Olga coloca, assim como as outras, que não há necessidade de um tratamento diferenciado para mulheres, apenas igualdade de acesso:

*“Eu acho que tem que ter mais espaço pras mulheres! Como tem pros homens, tem que ter pras mulheres. tem que ser igual, dividido meio a meio.”* **Olga**

Quando perguntada se achava que a atenção dada a homens e mulheres nos tratamentos em geral era diferenciada, Anita fala de forma negativa sem especificar muito esta diferença, opinando a partir de comentários de terceiros, uma vez que nunca se internou em outro lugar:

*“Olha, eu nunca me internei em outro lugar, mas pelo que eu já ouvi falar, é muito diferente. Que é muito ruim, que não presta e não vale nada.”* **Anita**

Quando perguntada se percebe esta diferença de tratamento na STA, Anita também aponta a diferença do número de leitos como sendo a única, comentando ainda outras diferenças na atenção das quais discorda:

*“O que eu acho é o seguinte: tem mais leito masculino do que feminino. E outra coisa, porque que trancam a porta das mulheres e não trancam a porta dos homens? O perigo tá é neles virem e atacar as mulheres, e não as mulheres irem atrás deles. No resto, a atenção é igual.”*

Entrevistadora: E porque você acha que o tratamento é diferente nisto?

*“Eu acho que tem pouco funcionário. Não sei porque que tem mais leito pra homem do que pra mulher, isso é o que eu queria saber.”* **Anita**

A entrevistadora pergunta ainda se Anita acha que o tratamento pra homens deve ser diferenciado do tratamento pras mulheres, Anita responde sucintamente: ‘*não*’, não se aprofundando mais no assunto.

Chiquinha também aponta o número de leitos como diferente, mas não coloca nenhuma questão com relação a este fato, embora ache que a atenção não deva ser diferenciada segundo o gênero:

*“Não, acho que tem que ser igual pros dois como é aqui, porque o alcoolismo é igual, (...) diferença? Aqui? Ah tem mais leito pra homem que pra mulher, né, bem mais, mas tirando isso, é igual”.* **Chiquinha**

Maria Bonita também diz que a atenção para homens e mulheres no tratamento é igual, mas aponta que a diferença dos leitos na internação como uma desigualdade. Maria Bonita argumenta que apesar da incidência de recaídas ser maior nos homens que nas mulheres, aponta que o número leitos femininos é insuficiente para a demanda:

*“Acho que é igual a forma de tratar. Só tem uma coisa que eu acho desigual, é a quantidade de leito masculino pra quantidade de leito feminino. Digamos que você tenha uma recaída de 10 mulheres, onde é que você vai botar as outras cinco? (...) É pouco! Tem, por que as vezes calha de às vezes ficar um monte de tempo, você vê um monte de gente sem recair, aí de repente, aquelas peças que tão a um tempo sem recair, tão tudo aqui. Eu acho que a gente tem viver totalmente em grupo, não isolado, pro alcoólatra não dá! Quanto mais isolado pior! Por isso que eu faço hospital dia, eu falo pra doutora FULANA, todo dia eu tenho que tá aí marcando ponto, porque aí essa vontade, essa dor cessa. Quando você junta um monte de maluco... (RISOS)”*

Entrevistadora: mas você acha que tem alguma razão pra ter mais leito masculino que feminino?

*“Eu acho que é puxação de saco! (RISOS) Não, eles recaem mais, com mais frequência, a quantidade de alcoolista masculino é maior, mas eu ainda vou fazer uma pesquisa mundial, um levantamento, mas a quantidade de homens alcoolistas é maior que de mulheres. Mas tá faltando leito feminino, pode falar pra direção!”* **Maria Bonita**

Maria Bonita não acha que o tratamento tenha que ser diferenciado para homens e mulheres, mas sim com relação aos outros transtornos que podem acompanhar o alcoolismo:

*“Não, eu acho que não, quanto ao alcoolismo não, mas sim com a parte psicológica, esquizofrenia, depressão e outras doenças que venham antes do álcool. Tem que ser tratado de forma diferente.”* **Maria Bonita**

Adelina coloca como todas as outras que o tratamento é o mesmo para homens e mulheres, e que deve ser o mesmo. Mas aponta a diferença de leitos com crítica, dizendo haver discriminação para as mulheres, uma vez que há demanda para mais internações femininas, e que essa demanda sempre existiu, só ficando mais evidente agora com a oferta de tratamento:

*“Acho que não, acho que é o mesmo. Principalmente na internação, todo mundo é tratado igual. Mesmo tendo mais leito pra homem, todo mundo é tratado do mesmo jeito, remédio, horário. Mas já é uma discriminação achar que tem mais homem, porque tem muita mulher bêbada por aí (...) Acho que não! O alcoolismo sempre existiu, principalmente no interior, onde as pessoas não tem nem idéia que tem alcoolismo. Sempre bebeu mulher e bebeu homem. Agora, com esse negócio de tratamento é que tá aparecendo.” Adelina*

Tarsila faz uma breve referencia ao numero de leitos maior para homens que para mulheres, mas sem questionar essa diferença, mas diz que o tratamento para o alcoolismo é o mesmo para os dois e não deve ser diferenciado:

*“Não, a bebida pelo que eu vejo, é a mesma. Eu vejo por mim, aqui é pra tratar do alcoolismo, é o mesmo, não deve ser diferenciado”. Tarsila*

Nenhuma entrevistada apontou uma diferença significativa da atenção dada a homens e mulheres, exceto Anita que opinou sobre uma única clínica a partir de rumores sobre a mesma, visto que a entrevistada declarou não conhecer pessoalmente a clínica e só ter se tratado na STA. Entretanto, quando perguntado se havia alguma diferença no atendimento segundo o gênero, todas responderam sobre a diferença no número de leitos, 16 para homens e 5 para mulheres. Olga e Maria Bonita apontaram esta diferença como uma forma de preconceito, enquanto as outras entrevistadas levantaram poucas questões acerca desta diferença, ainda que Adelina tenha afirmado que este número é pouco para a demanda feminina de tratamento.

Com relação à demanda por tratamento diferenciado segundo o gênero, nenhuma entrevistada apontou a necessidade de um tratamento específico para mulheres ou homens, a não ser a própria igualdade de acesso à internação, o que seria possível por um aumento do número de leitos femininos no serviço.

## Capítulo 6: Grupo de Mulheres, práticas e conceitos em TransmUTAção

### O Grupo

Este tópico traz algumas falas levantadas durante a entrevista sobre as especificidades do trabalho do grupo e sobre a inserção de cada uma das entrevistadas nas atividades. A intenção era saber o que pensam sobre o trabalho do grupo e se o percebem como um espaço diferente dos demais oferecidos pela STA. Para tanto, pediu-se inicialmente às entrevistadas que falassem um pouco do grupo, dando espaço para que fizessem qualquer tipo de consideração sobre o mesmo. Em seguida, as questões especificavam melhor alguns pontos, como o ingresso das participantes neste espaço, o que acham das atividades, qual o sentido de cada atividade, sobretudo as apresentadas para o público de fora do hospital. Cinco entrevistadas caracterizam o funcionamento e as atividades do grupo como diferenciais deste espaço com relação aos demais oferecidos pela STA:

*“Ah, esse grupo é ótimo. Quando eu entrei, eu achei legal, as pessoas deram os depoimentos delas... Eu achei legal a aula de canto, eu nunca tinha cantado. Eu cheguei e já me senti bem. (...) Eu participei da bijuteria, da aula de canto, no Fundão também teve um evento, Flamengo teve outro. Foram os que eu participei, lá na feira de ciências. Lá tinha um monte de gente de vários hospitais, né, mostrando as suas habilidades, e o grupo mostrou a oficina de bijuteria, a folha morta e a folha viva, o negócio de planta, as sementes de açaí, o que podia fazer, os colares, foi bem legal! (...) O Grupo de Mulheres é diferente porque tem oficinas pra fazer, tem ocupação de mentes! E quando você vai na sala, você escuta muitas histórias também, que você se identifica também. Daí te faz pensar antes de beber.”* **Olga**

*“Ah, é diferente! As pessoas, os tipos de influências, trabalhos pra fazer... Ah, informações, né. Ah, em termos gerais... sobre as mulheres... (...) O que o grupo trabalha mais? Ah, a mulher em si”.* **Chiquinha**

*“É diferente dos outros tratamentos sim, porque aí a gente tem canto, tem bijuteria, e outras coisas, tinha dança espanhola, mas a menina morreu... e a Marta, que coordena o canto, mas bebeu. Eu até fui lá na casa dela, pra saber como ela estava, mas não consegui falar com ela. Mas os trabalhos do grupo são diferentes, tem espaço pra falar, é liberal, é liberado pra falar o que quiser. A gente brinca mais, porque é sem responsabilidade, pode brincar. É uma reunião. A gente faz festinha pra comemorar as coisas, conversa....”* **Adelina**

Anita e Maria Bonita relatam que participam do Grupo de Mulheres desde que este foi criado:

*“Foi quando fundou. Primeiro foi esse jardim aí. Aí depois a doutora FULANA formou um grupo de canto ali embaixo, foi muito bonito! E eu me empolguei. Mas de lá pra cá, eu fui melhorando muito. Mas a minha entrada no grupo foi quando o grupo começou. A doutora FULANA saiu e a doutora BELTRANA, a doutora CICLANA e até você continuaram e eu continuei. E tô aqui até hoje. (...) Acho que é diferente sim, porque dá motivação pra gente, tem entrevista, tem outras coisas diferentes, sempre nos leva pra outros lugares pra fazer trabalhos, como foi ali na Casa da Ciência, no Aterro, na Central, no Recreio, Rio-Centro... (...) A gente conversa, discute, mas é sempre pro bom. Inclusive tem colegas que falam que estão se dando bem, tão alegres, tá outra pessoa... (...) É a minha vida! Porque aqui eu me sinto realizada! O pior dia pra mim é sábado e domingo. Quando eu venho pro hospital que não tem ninguém, eu fico só conversando com o pessoal por ali... eu não tenho mais gosto de ir pra cinema, eu não vejo mais nem vídeo, eu quero só vir pra cá e conversar. Eu quero sair fora de casa, o porque eu não sei”. Anita*

*“Eu tive o prazer até de ajudar a escolher o nome do grupo. Eu faço parte da fundação do grupo, entendeu, eu, a Chiquinha, a Anita, nós somos parte da fundação deste grupo. Foi o vídeo que nós fizemos. (...) É diferente porque a integração e interação de psicólogas e pacientes, e... a gente pode trocar idéias, a gente pode se sentir até igual nesse momento, você não percebe talvez isso, mas pra gente é muito importante essa convivência... a gente se sente como se a gente tivesse num ambiente onde o preconceito não existisse. Ele some naquela hora ali, numa hora em que a gente tá pensando junto, tá criando junto, fazendo qualquer coisa nesse sentido... a gente se sente importante. Esse a gente sou eu, entendeu. Eu não sei os outros, mas na minha cabeça, funciona assim. (...) Coisa muito doída, é a mil por hora, quer dizer, a gente realmente se agrupa, que é aquela coisa que diz da interação, da integração dos psicólogos com o paciente, nessas horas, a gente se mistura, se abraça, um é o braço, outro a perna, e outro é a cabeça, pra na hora a gente tá com tudo no esquema.” Maria Bonita*

Ao descreverem o trabalho do grupo, cinco entrevistadas o qualificam como um espaço terapêutico singular, com atividades diferentes das oferecidas pelos demais espaços da STA e desenvolvidas muitas vezes fora do hospital, como canto, oficina de bijuteria, de alimentação viva, produção e exibição de vídeo, etc. Chiquinha comenta sucintamente que o grupo é um espaço diferente pelas atividades que realiza e por trabalhar principalmente com temas ‘femininos’, ‘a mulher em si’. A integração entre as participantes e com a equipe também foi apontada como uma marca do grupo, onde a troca, o diálogo e a liberdade de se colocar são características enumeradas. Os trechos transcritos acima descrevem o ambiente como extrovertido e acolhedor, como na fala de Adelina por exemplo, quando diz que no grupo há liberdade para se falar o que quiser. Maria Bonita enfatiza bastante essa troca entre as participantes, ao relatar que todas se unem para realizar algum trabalho, apontando ainda a importância do acolhimento no grupo e da integração com a equipe, um espaço onde não há ‘preconceito’, onde ‘todo mundo é igual’.

Tarsila é a única entrevistada que declara não haver diferença entre o trabalho do grupo e os outros espaços do tratamento, chegando a levantar críticas sobre parte de seu funcionamento, sugerindo explorar este espaço com mais atividades:

*“Não, não acho diferente não, é normal. Me ajuda muito. O grupo tinha que ser mais unido. Tinha que ter mais oficina. Chamar mais ong pra fazer debate, palestra”.* **Tarsila**

Três entrevistadas ao descreverem inicialmente a importância do grupo, relatam de que forma este ajudou no tratamento. Olga diz que o grupo ajudou bastante com relação à síndrome do pânico e ao alcoolismo, através de sua identificação com a história de outras usuárias do grupo, o que a faz ‘pensar’ antes de beber, fazendo referência, inclusive, a uma situação em que tentou suicídio, comentando o efeito do grupo sobre este fato:

*“Ajudou em relação à síndrome do pânico. Muito! Do alcoolismo também, mas de vez em quando eu dou as minhas recaídas. Eu tenho umas recaídas. (...) por vários depoimentos que eu ouvi aí, né, e pelas várias oportunidades, né, que eu tive aqui dentro do hospital. Oportunidades das pessoas conversarem. (...) Com certeza, várias vezes já pensei em fazer um monte de merda, me suicidar, aí penso muito no grupo, penso muito em tudo, fez muita diferença. (...) Ajuda, porque eu sou muito bem recebida, também ganho altos conselhos, e antes de pensar em fazer besteira, igual eu fiz uma vez de tentar o suicídio, agora eu penso bastante, porque o grupo tem me dado muita força, muita força mesmo! (...) Ah, não sei dizer direito não, mas acho que eu fiquei mais ponderada, entendeu, com as palavras, não sei descrever muito não, mas mudei bastante. Eu chego mais calma, eu penso melhor, daí quando aparece alguma bijuteria pra fazer eu faço com mais carinho... (...) É porque as psicólogas também, todas elas, elas são muito positivas. (...) Porque tem vários exemplos aí de pessoas que hoje em dia estão trabalhando, a conselho da doutora, que estavam dentro de casa bebendo, tavam em depressão, teve uma que levantou mesmo pra vida, reagiu... teve que outra que tá procurando emprego, tá mais pra frente! Teve outra que tá fazendo faculdade, tudo com a ajuda do grupo.”* **Olga**

Chiquinha comenta de forma sucinta como a identificação com outras usuárias do grupo ajuda a não beber:

*“Ah, as conversas das companheiras... os casos das companheiras ajudam, a não beber.”* **Chiquinha**

Tarsila em sua primeira fala sobre o grupo explora mais a ajuda com relação à timidez, através do grupo vocal:

*“Me ajuda, sabe porque? me ajuda na timidez, eu sou muito tímida. O que me levou ao alcoolismo também foi a timidez, pra ver se eu tirava ela. Mas eu cantando em público me ajuda a tirar a minha timidez. Eu aprendi a me soltar sem o álcool.”* **Tarsila**

## **Oficina de bijuteria**

Com relação à oficina de bijuteria, perguntou-se às entrevistadas sobre a importância que a oficina tinha para cada uma e qual a importância que viam para o grupo. Todas apontaram o efeito terapêutico desta atividade, sendo apontada por algumas como uma forma de desenvolver/aprender uma nova habilidade:

*“Eu considero mais importante a bijuteria, porque eu sei fazer a bijuteria, qualquer tipo de bijuteria, então eu me sinto bem, entendeu. Antes de eu vir pra cá, eu já sabia mexer com bijuteria, então como eu sabia fazer bijuteria, eu tô também ensinando as pessoas que não sabem. Eu acho importante, como a BELTRANA disse, eu já tô preparada já, porque antes era só ela, e agora tem eu também, pra ensinar a fechar um terminal, botar um fecho, fazer o nozinho, sem nozinho, eu acho importante que eu posso ensinar as outras pessoas. (...) O fato de discutir a bijuteria, de falar o que tá faltando, o que tem que fazer, e vender também, pra mim foi muito bom (...) Me ajuda a ocupar o tempo, tem vários benefícios, de ocupar a mente de várias formas, como é que eu vou fazer uma peça, que tipo de peça, eu tenho que pensar bastante!”*. **Olga**

*“Ah não, aqui eu faço mais é pra ocupar o meu tempo. Não considero trabalho não, isso aqui é um passatempo. Porque eu ainda não estou preparada pra me soltar na rua, você está entendendo, porque se eu me soltar, vai ser uma bomba! Mas eu faço colar, faço brinco. Ensino... mas eu não tenho muita paciência pra ensinar não. (...) Eu gosto de ficar ali concentrada. Às vezes quando eu vejo uma pessoa com uma bijuteria, eu fico olhando e tendo fazer igual. Me distrai muito”*. **Anita**

*“Ajuda. é importante porque eu aprendo, né. Ah, a aprender a fazer. Só não aprendi a fazer o fecho. Não consigo fazer o fechamento dos colares.”* **Chiquinha**

*“Ah, eu acho importante de agregação, de agregar, realmente, porque se você chegar levemente em torno de uma mesa onde estão sendo realizados os trabalhos, você vê que tá todo mundo voltado pra aquela coisa ali, todo mundo concentrado. É uma terapia ocupacional, né, dirigida, que dá certo. Dependendo, pelo menos, da monitora que estiver perto, né. Porque eu sou assim meio briguenta, mas eu sei conversar com as meninas, eu vou lá numa de cada vez. (...) Ah, é uma responsabilidade de me tornar uma multiplicadora, de não deixar isso acabar..”* **Maria Bonita**

*“O mais importante, porque a gente aprende, fica concentrado, tem concentração no que tá fazendo. (...) Pra mim é importante, porque as vezes eu estou em casa sozinha, mas não tem nada pra fazer, aí eu faço alguma peça, alguma coisa. É importante, porque eu fico em casa. (...) Eu sempre tive quem me ensinasse. No início foi a FULANA, depois a CICLANA, todas com boa vontade. Até a Anita que não gosta muito me ensinou com boa vontade.”* **Adelina**

*“Eu gosto mais de fazer, montar. Não gosto de vender. Tem dois anos que eu participo. (...) Ajuda a levantar a auto-estima”.* **Tarsila**

Quatro entrevistadas, porém, apontaram a dificuldade em vender o material produzido, algumas, inclusive, levantando certa crítica ao mau funcionamento:

*“Acho que deveria desenvolver o projeto da... esse negócio de reciclagem de papel, fazer cartão. Eu acho que deveria desenvolver esse projeto, porque eu vi lá na Feira de Ciências e achei interessante, entendeu”.* **Olga**

*“No momento eu não tô vendendo, porque eu não sei o que tá havendo, tem uma amarração nesse negócio, mas vai andar!”* **Anita**

*“Ah, incentivar mesmo a fazer bijuterias, vender... apesar que nós não temos vendido, né... mas eu acho importante! Ah, é um meio de ganhar uma renda, né, ter uma renda... mesmo sendo pouco, tem muita gente que precisa, de transporte...”* **Chiquinha**

*“Eu sei que no momento a gente tá passando dificuldade com o produto, a gente tem mais produto do que lugares pra vender... depois que fecharam aquele porta ali, a coisa ficou ruim pra gente, né, que as meninas de lá adoram se enfeitar. Nem que fosse peça baratinha a gente vendia aqui. Já falei até com a doutora FULANA, pra arranjar algum lugar pra gente vender. Eu acho que a gente deveria partir pra algo maior, como bolsa de tecidos, bordados, camisetas bordadas. Falta saber se tem mão de obra que possa fazer isso, se as meninas tem conhecimento disso aí... a gente precisava de uma máquina de costura, assim mesmo pra gente, uma só pra gente ficar trabalhando, que fosse costura reta só, não tem problema. Eu acho que a gente tem que sair do buraco por nossa conta e risco, porque se a gente depender do governo, a gente vai ficar no buraco a vida toda. esse ligado à alimentação viva, se eu pudesse continuar, a horta orgânica, pra mim, isso seria fundamental, mas assim, eu tendo como receber algo em troca do vil metal, porque eu preciso sobreviver... porque é uma forma de ensinar ao próxima ele se alimentar da melhor forma, alimentação pura, sem agrotóxico, essa coisa toda, e também a gente, é uma forma de amar a própria Terra, nosso planetinha tá indo pro espaço, se a gente não souber cuidar dele, nós estamos fritos.”* **Maria Bonita**

*Mas tem que fazer outras coisas, não só bijuteria, eu me propus a ensinar a fazer o puff de garrafa pet, mas ninguém quer fazer nada. (...) A oficina é muito boa, mas as mulheres não levam a sério. Poucas são as que dão seguimento. Se tivesse seguimento, teria muita coisa feita, muita bijuteria, talvez tivesse até mais motivação pra vender. Mas num dia tá cheio, no outro tá vazio. Teve até um dia que tinha uma mulher alcoolizada. Ela só vinha no Grupo de Mulheres, mas*

*sumiu, não conseguiu se internar. Mas pra quem tem seguimento, tem sim. A pessoa fica mais interessado, fica querendo aprender.(...) A crítica que eu tenho e fazer muita peça e não vender nada.(...) Deveria ter não só bijuteria, mas ter outras coisas, como pintura em tecido, porque tem muita gente que sabe fazer e poderia ensinar”. Adelina*

*“É uma fonte de renda, terapia. (...) Eu acho importante fazer pra mim vender lá fora. Eu comprei as ferramentas, o material e vendo lá fora, pras colegas. Faço lá e cá. Pra mim me ajudou muito.” Tarsila*

Ao ser criada a oficina de bijuteria, um de seus objetivos, era geração de renda. No entanto, somente Chiquinha e Tarsila mencionaram este fator para qualificar a oficina, ainda que considerem uma fonte de renda pequena, complementar. Maria Bonita, Adelina e Anita mencionaram que atualmente, a oficina passa por dificuldades de venda dos produtos, o que pode contribuir para que algumas participantes não a considerem como uma fonte de renda. Outros tipos de produção são sugeridos por Olga, Maria Bonita e Adelina, como reciclagem de papel, montagem de puff a partir de material reciclável, bolsas e bordados e pintura de tecido. Estas sugestões apontam o desejo de construir novas práticas, novas habilidades. Além de explorarem novas possibilidades de aprendizado e criação, estas sugestões possivelmente aumentariam as chances de se gerar renda. Ainda que se considere as críticas à oficina citadas acima, esta foi descrita positivamente por todas as entrevistadas principalmente por ser uma forma de ‘preencher o tempo’ e ‘ocupar a mente’. O investimento das participantes na construção de um *saber-fazer* e o reconhecimento por elas desta nova prática parece ser a diretriz desta oficina, onde o discurso das entrevistadas ilustra uma valorização deste aprendizado, afetando diretamente a auto-imagem e a auto-estima, como registrado na fala de Tarsila. Tais benefícios são nomeados nas falas como integração das participantes, um novo aprendizado, a concentração, criação e venda de peças e, ainda, o ensino desta habilidade a outras participantes.

### **O Grupo de Mulheres sob olhares diversos<sup>14</sup>: Trabalhos apresentados ao público.**

Outro ponto do trabalho do Grupo de Mulheres bastante explorado na entrevista refere-se aos trabalhos apresentados para o público de fora do hospital, como oficinas em feiras de ciência, apresentações de canto, vídeo, performance de teatro e participação em

---

<sup>14</sup> Nome de um vídeo produzido e apresentado pelo grupo em 2002, um de seus primeiros trabalhos.

debates públicos. Estas questões focaram a importância e o ‘sentido’ deste tipo de atividade para cada uma, levando em conta que este tipo de atividade é constantemente preferida e/ou sugerida por elas no planejamento das atividades durante as reuniões de avaliação do grupo:

*“No Fundão também teve um evento, Flamengo teve outro. Foram os que eu participei, lá na feira de ciências. Lá tinha um monte de gente de vários hospitais, né, mostrando as suas habilidades, e o grupo mostrou a oficina de bijuteria, a folha morta e a folha viva, o negócio de planta, as sementes de açaí, o que podia fazer, os colares, foi bem legal! No trabalho da feira de ciências, eu tinha que explicar sobre as folhas mortas e as folhas vivas, sobre o banzai, eu falei bastante nesse evento. Foi excelente! Foi bom, eu falei um pouco, as pessoas realmente estavam interessadas. As pessoas me perguntavam, estavam interessadas em saber, e aí eu falei bastante, expliquei tudo direitinho, algumas pessoas ficaram de pegar o endereço e tudo daqui, pra aprender mais sobre folha morta, folha viva, como fazer o banzai, foi muito interessante! Eu me senti útil de alguma forma.”* **Olga**

*“Gostei muito da oficina de bonecos de papel, da representação, do coral. Eu adorei, porque eu me senti solta! Eu não me senti assim uma pessoa diferente. Eu me senti uma pessoa normal. Só que quando eu tava cantando, eu cantada olhando pra maestra. E também gostei de um que a TV Globo veio aqui, lá no evento da TV PINEL, e eu dei entrevista e passou na televisão, e todo mundo que passava na rua falava: ‘você apareceu na televisão!’ Pessoas que nunca falavam comigo, passaram a falar. Impressionante como esse negócio da televisão veio e todo mundo passou a falar comigo. Até pessoa que nunca gostou de mim falava: olha, até aquela cachaceira dá entrevista na televisão, e porque que eu não dou?! (RISOS) (...) Olha, eu gostei de todos, mas eu gostei muito daquele que eu falava do açaí, que eu me aprofundei mais, e fiquei sabendo mais sobre o açaí.”* **Anita**

*“Ah, eles vêem que nós temos capacidade, né, que nós somos capazes de fazer alguma coisa. Eu acho assim. Importante. (...) Ah, eu acho ótimo! (...) Eu me acho diferente porque eu nunca, nunca lidei com o público, assim, a não ser no trabalho, né. E eu gosto de lidar com o público.”* **Chiquinha**

*“E é uma grande responsabilidade, porque saindo da instituição pra lidar com o público, o fato de você não estar alcoolizado, o fato das pessoas vêem e poderem conversar de alcoolismo de uma forma totalmente normal, que é o que eu tenho visto nas feiras. (...) O trabalho que a gente faz com o público é também uma forma de saber a opinião, da gente sentir o grau de aceitação ou rejeição... eu faço e observo dessa forma. Porque eu falo: ‘eu sou alcoolista!’ A pessoa pergunta se eu sou psicóloga, eu vou mentir? Não tem como mentir: ‘não, eu sou paciente!’ aí as vezes a pessoa pergunta como é que é, se precisar, através disso a gente divulga uma forma de como uma pessoa doente possa chegar a ter um tratamento de qualidade como a gente tem, entendeu. Por isso eu não tenho a vergonha de esconder pra ninguém que eu sou alcoolista.”* **Maria Bonita**

*“Ah, é importante, porque a gente aprende muitas coisas, a conviver, com outras diferenças. Essa experiência foi boa porque a gente interage com pessoas que tem mais dificuldades que você, mas tá ali lutando. E mesmo o pessoal que vão também, uns valorizam, mas outros olham meio assim...”* **Adelina**

*“Participei só do coral preparando e apresentando. Foi muito bom. Eu não pensei nunca que eu ia cantar assim! Tem música que eu escuto e lembro daqui. Eu solto a voz, trabalho a minha voz. E é gostoso cantar. Cantando a gente mostra a paz, de bem com a gente, me sinto muito bem.” Tarsila*

Da mesma forma a oficina de bijuteria foi marcada nos discursos pela construção de um *saber fazer*, os trabalhos apresentados para o público aparecem nas falas como um dispositivo igualmente importante para uma nova atuação destas mulheres dentro do tratamento, ampliando a abordagem da problemática do alcoolismo na medida em que afetam tanto a forma como este é concebido quanto os espaços onde pode ser discutido e pensado, saindo do espaço privado do hospital e ‘expandido’ o tratamento para o espaço público. As falas citadas acima apresentam novos conhecimentos e saberes que as entrevistadas construíram nestes trabalhos e o efeito terapêutico destas experiências com o público. A fala de Olga, Anita, Chiquinha e Maria Bonita ilustram bastante esta construção de um novo *saber-fazer*. Olga, por exemplo, diz que se sente ‘útil’ ao ensinar as pessoas na oficina de alimentação viva. Anita diz que gostou mais da atividade em que precisou pesquisar sobre açaí para explicar o tema a outras pessoas. Chiquinha aponta a transmissão de uma ‘capacidade’ das mulheres participantes do grupo para o público através destes trabalhos. Maria Bonita corrobora com este argumento de Chiquinha ao relatar colocar esta interação com o público como uma outra forma de abordar o alcoolismo, quando procura transmitir uma outra imagem da ‘doença’ e do ‘tratamento’. Estas falas já levantam a importância deste tipo de trabalho para as usuárias, indicando uma possibilidade de interação e troca com o público de fora do hospital através de um trabalho criativo.

Estes elementos foram tema freqüente nas reuniões de avaliação e planejamento das atividades do grupo, o que nos leva a refletir sobre o desejo das participantes em desenvolver trabalhos que interajam com o público e que sentido/significado estes têm nesta troca. Nesta direção, foi perguntado ainda se acham que este tipo de trabalho causa algum impacto nas pessoas que assistem e, ainda, se têm a intenção ‘transmitir alguma mensagem’ ou imagem através das apresentações, oficinas e debates:

*“Aqui tem um lado que eu te falei, que aqui eu me sinto útil porque, por ensinar, né, as pessoas. Lá fora, a gente se sente orgulhosa por mostrar que a gente é dependente, mas a gente tem capacidade. Eu acho interessante, acho que deveria divulgar mais, né, sair mais e mais pras ruas, participar de eventos, pra mostrar o nosso trabalho. É importante pras mulheres alcoólatras daqui porque elas estão conseguindo ficar sem beber com estes trabalhos, estão conseguindo ficar sem beber, estão conseguindo ter responsabilidade. Acho que a gente tá dando um exemplo, porque vem sempre escrito lá: Instituto Philippe Pinel, a*

*doutora sempre fala, é Grupo de Mulheres alcoolistas, pra gente tá ali, sem ter bebido, sem nada, de bom coração, eu acho que é um exemplo. (...) Com certeza fez diferença para as pessoas que assistiram, que conversaram com a gente! Claro que fez! Eu acho que eles devem ter pensado assim, mais ou menos: 'se poxa, elas são alcoólatras, e tão aí, tão cantando, tão trabalhando, de alguma forma tão sóbrias...', se elas bebem, devem ter pensado: 'por que eu também não posso?', e acho que devem ter pensado isso. E acho que se elas pensarem em beber, já não vai mais pensar".* **Olga**

*"Eu acho que as pessoas ficam admiradas, tá entendendo, porque eu acho que eles pensam que as pessoas são incapazes. Inclusive eu fiz uma bijuteria pra Lucinha Guinle, ela comprou de mim uma mandala, que ela ficou assim, ó, boquiaberta! Falou: 'Você fez isso? Não é possível!' E eu disse: 'Fiz!' Eu uma vez fiz uma mandala que até eu não sei como eu fiz, tá entendendo. Eu sei que eu fiz, mas ficava olhando e admirada por que eu fiz. Então as pessoas de fora ficam admiradas porque pensam que as pessoas que bebem são pessoas incapazes. E então quando assistem o trabalho pensam: como é que pode uma pessoa que é assim fazer isso? Tá entendendo?"* **Anita**

*"Causa impacto sim, as pessoas gostam. Ah, eu acho que elas gostam muito, aplaudem demais, pedem bis, isso foi o que eu reparei, que deu pra sentir... Elas nunca iriam imaginar que umas alcoolistas seriam capazes de fazer um tipo de trabalho desses."* **Chiquinha**

*"Eu acho que ajuda a desmistificar essa coisa de preconceito, que a gente precisa acabar com isso, né, que o que mais acaba com o paciente psiquiátrico, principalmente o paciente alcoolista, é o preconceito. A gente tem capacidade, mas o preconceito interfere bruscamente no nosso caminho. (...) Eu acho que levanta bastante a auto-estima da gente, porque você interage, daí você para de pensar que é alcoolista e começa a se ver como um ser humano cinza normal, e PT saudações, você tá lá no meio daquele monte de gente inteligente, entendeu, você pensa: eu lá! (RISOS)"* **Maria Bonita**

*"Bom, se for pelo Pinel, eles acham que todo mundo é maluco. Eles acham que todo mundo tem problema mental, se eles querem conversar, já vem com aquele cuidado. Não acho que faz diferença pra eles assistirem os trabalhos, não muda nada."* **Adelina**

*"Esses trabalhos ajudam porque é uma terapia, e mostra como o Grupo de Mulheres da UTA tem o seu valor. Porque as mulheres da UTA lá fora, como alcoólatras existem, e são vistas preconceituosamente. E a gente mostra lá fora que não é nada disso, que nós temos aqui trabalhos lindos. Pessoas cantam maravilhosamente, pessoas que representam maravilhosamente, bijuteria, que não é o que falam lá fora. Temos valores também."* **Tarsila**

Esta pesquisa não se propôs a medir/avaliar o impacto causado no público que assiste aos trabalhos apresentados pelo Grupo de Mulheres, e não há como falar deste

impacto, se existe e de que tamanho, que efeito tem sobre as representações deste público sobre o alcoolismo, saúde e doença. No entanto, as entrevistas trazem a importância destas apresentações para as entrevistadas e como estas acreditam construir através destas atividades uma outra imagem/concepção do alcoolismo. Buscamos saber qual o impacto que as entrevistadas acreditam causar no público que assiste a seus trabalhos. De seis entrevistadas, cinco acreditam não só que estas apresentações causam algum impacto no público, mas que este impacto é positivo pela transmissão de uma imagem positiva, de uma ‘capacidade’ das participantes do grupo. Olga, por exemplo, defende a importância deste trabalho como uma ajuda para ‘não beber’ para as usuárias do serviço, mas também como um alerta para a problemática do alcoolismo e até como uma ação preventiva. Segundo a fala de Olga, se o público percebe que pacientes alcoolistas são ‘capazes’ e podem apresentar, ensinar e trabalhar, isso ajudaria a refletir e prevenir problemas com o álcool, servindo como um ‘exemplo’ para o público. Anita e Chiquinha e Tarsila também defendem claramente um impacto no público pela construção de uma representação positiva e criativa das mulheres do grupo, como mulheres que surpreendem por serem ‘capazes mesmo sendo alcoólatras’. Maria Bonita aponta estas atividades como forma de diminuir o preconceito sobre o alcoolismo, mas enfatiza o efeito nas participantes, usando sua vivência como referência, ao dizer que essa interação aumenta a auto-estima e ajuda a pessoa deixar de pensar que é simplesmente alcoolista e sentir uma ‘pessoa normal’. A fala das entrevistadas, sobretudo a de Maria Bonita levanta elementos para problematizar a associação alcoolismo-doença, e a própria doença como uma ‘identidade’, ao apresentar uma nova atuação destas mulheres diante não só do alcoolismo, mas de âmbitos mais complexos, se sentido valorizadas pelo seu trabalho, por se apresentarem enquanto sujeitos capazes e criativos.

***“É triste de ver<sup>15</sup>”: Imagem da mulher alcoolista.***

Num momento anterior da entrevista, antes entrar no tema ‘Grupo de Mulheres’, perguntou-se às entrevistadas como se viam enquanto mulheres com problemas com álcool, ou como viam a mulher alcoolista de um modo geral. As repostas em maioria apontam para uma imagem negativa, falas que citam ‘pena’, ‘arrependimento’, ‘tristeza’ e ‘preconceito’ sobre a mulher alcoolista. São momentos muito distintos da entrevista. A primeira

---

<sup>15</sup> Trecho de uma fala de Olga, p.113.

pergunta, sobre como se percebiam como alcoolistas se situavam em uma linha de questões que abordavam o preconceito sofrido com relação ao consumo problemático do álcool e ao gênero atravessando o alcoolismo. Há que se considerar o fato de que a ordem das perguntas pode interferir o conteúdo das respostas: o primeiro e o segundo momento podem mostrar diferenças devido a direção das perguntas. No entanto, é interessante comparar os dois momentos e refletir sobre contraste das respostas e das imagens que as mulheres tem de si, de mulheres alcoolistas, e a imagem que acreditam transmitir como participantes de um serviço de saúde, o Grupo de Mulheres, para o público fora do hospital. Esta comparação nos ajuda a refletir como a pratica do grupo pode problematizar esta imagem e possibilitar a construção de outras. Abaixo, seguem as respostas à pergunta: Como você se vê como mulher alcoolista? Qual é a imagem da mulher alcoolista?

*“Ah, eu fico, não sei como é que eu vou dizer com pena... eu fico sentida, porque, é mais uma alcoólatra, né. Tem gente que é alcoólatra e nem sabe, nem quer admitir, é mais uma alcoólatra precisando de ajuda, precisando de alguém, e tem uns também que não querem ajuda. É complicado, é triste de ver. Tenho pena também, da mesma maneira que tenho de um homem alcoólatra, fico com pena dele também, porque ele não quer ajuda, ele acha que não é.”* **Olga**

*“Eu fico com pena, e não gosto de ver mendigo e nem ninguém alcoolizado. Eu me vejo naquela pessoa, eu me identifico com aquilo ali, e não gosto!”* **Anita**

*“Eu vejo o meu espelho. Como eu era antes! Eu, por exemplo, outro dia eu vi uma senhora na praça, que teve um show nos Arcos e eu fui ver. Aí passou uma senhora, já bem idosa. Aí parou assim, abaixou, levantou a saia, e fez xixi no chão. Eu fazia isso, quando eu bebia muito, eu fazia xixi no chão, quando não fazia na roupa. Então eu me espelho, toda vez que eu vejo eu me espelho nisso. Ah, dá tristeza, né, dá tristeza.”* **Chiquinha**

*“Olha, hoje em dia eu me vejo melhor, como uma pessoa com problemas de depressão de alcoolismo, como uma pessoa doente que precisa de tratamento. Mas a mulher alcoólatra é vista sofre muito preconceito, muito mesmo! Eu sei como é sentir isso na pele! Antes de me tratar, de chegar até onde eu cheguei, eu comi o pão que o diabo amassou! Quando eu percebi que eu era alcoólatra eu procurei logo tratamento, mas antes de perceber que eu era alcoolista, eu não entendia direito o que era alcoolismo não, eu só tinha pena, não sabia que era uma doença”.*  **Maria Bonita**

*“Eu me sinto bem, faço o que quero, não dou satisfação da minha vida a ninguém, nem ao meu neto que mora comigo.”* **Adelina**

*“Olha, eu me vejo triste, sabe, porque eu não gostaria de nunca ter colocado o álcool na boca. Mas eu penso que se eu coloquei é porque eu estava agoniada por dentro, com baixa auto-estima, agoniada por dentro, com ego preso. E eu achei que o álcool ia salvar a minha vida, mas não salva, por que no dia seguinte*

*eu tive que encarar o meu problema de frente. Só me fez beber, chorar e dormir, mas no dia seguinte não melhora nada. Por isso eu procurei ajuda”. Tarsila*

As repostas acima, exceto pela fala de Adelina, evocam uma concepção do alcoolismo que, mesmo entendido enquanto uma doença está muitas vezes carregada de valores morais e de preconceito. Esta concepção permeia todas as entrevistas durante quase todo o tempo, apontando o quanto às entrevistadas vivenciam e entendem o alcoolismo em concordância com uma visão mais hegemônica desta problemática. No entanto, ao falar dos trabalhos apresentados para o público, quase todas as falas apresentam possibilidades mais amplas de atuação para abordagem desta problemática.

### **Alcoolismo e Saúde**

Por último, finalizamos a entrevista perguntando se o trabalho do grupo teria afetado as concepções de saúde e alcoolismo-doença das entrevistadas após o ingresso neste espaço. Após explorarmos o trabalho do grupo, perguntamos se houve alguma mudança no que pensavam sobre alcoolismo:

**Hoje:**

*“Eu penso bastante antes de beber depois que eu entrei pro grupo. Porque o grupo me dá total apoio, e eu vou ficar enchendo a cara? Eu já não penso mais em beber direto como eu bebia antes”.*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Mas o que eu pensava sobre alcoolismo, hoje eu penso a mesma coisa, eu tenho pena de uma pessoa alcoólatra”. Olga*

**Hoje:**

*“Alcoolismo, antigamente eu pensava que quem bebia era uma pessoa vagabunda, sem vergonha, não era doença e era sem vergonhice. Hoje em dia eu já penso que é doença realmente. Só com muito tratamento, e a pessoa que está se tratando ter vontade, não adianta só o doutor ter vontade. Então tem que haver uma paixão de ambas as partes, da mulher querer parar de beber, e ela gostar do atendimento que tá tendo. É isso!”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Antes eu achava que era falta de vergonha, eu não acreditava, achava que a pessoa deveria parar de beber quando ela bem quisesse, e não é assim que a banda toca. A pessoa tem que deixar de beber, mas quando ela quer deixar de beber. Se ela não quer deixar de beber, nunca ela vai conseguir”. Anita*

**Hoje**

*“Ah, alcoolismo é horrível! É muito triste; você ficar dependente de uma coisa. É como o cigarro. Eu sou dependente do cigarro; mas to conseguindo! Vou entrar no curso de tabagismo, vou fazer... Vou parar de fumar”.*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Hoje eu vejo da mesma forma! Ah, eu pensava que eu não fosse conseguir parar, e consegui, graças a Deus!”* **Chiquinha**

**Hoje**

*“Alcoolismo é um negócio tão sério, tão sério, que se eu fosse você, eu não ia querer saber não! (RISOS) Tá tudo muito bom, e de repente, é uma coisa boa e ao mesmo tempo ruim. Bom, porque o efeito, você fica alegre, você fica fora de si. O álcool é uma droga pesadíssima, todo mundo sabe disso. Alcoolismo é doença de fim terminal, não entre nessa que é a maior roubada, entendeu. Mata degradando, te desmoralizando, jogando no fundo do poço!”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Não é como antes não, apesar dos conhecimentos do AA, eu tinha uma certa repulsa porque não aceitava a depressão como doença, e sim como frescura. Eles falavam na sua lata assim. Quer dizer, eles não compreendem o lado depressivo, eu fui a várias reuniões depois. Eles dizem que é a doença da frescura pelo excesso de sensibilidade. Não, a gente vem com essa cara de sensibilidade antes mesmo de beber, que é o meu caso. Converso com a doutora **FULANA, BELTRANA E CICLANA**<sup>16</sup>, que vão falar a mesma coisa: ‘a Maria Bonita veio com quadro depressivo antes do quadro alcoólico’. Por isso eu não tenho muita dificuldade de discernir uma coisa da outra, nesse sentido”.* **Maria Bonita**

**Hoje**

*“É uma doença progressiva e de fim fatal. Porque ela vai progredindo, progredindo, se não cuidar, mata”.*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Antes de entrar aqui eu já ouvia falar que o alcoolismo era uma doença, mas eu não me conscientizava que era uma doença. Achava que era uma vontade. Hoje eu acho que é doença mesmo. Eu não tenho coragem de pegar um copo de bebida e botar na boca. Se eu beber, eu vou adoecer.”* **Adelina**

**Hoje**

*“É uma doença. É a pessoa que bebe, bebe, quer parar de beber e não consegue. Ela não tem uma determinação daquilo que quer. Sai dela mesmo, bebendo de manhã até a noite, e no dia seguinte, de novo... aí é o alcoolismo, a pessoa não tem controle sobre ela mesma”.*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Não, fui aprender no AA e aqui. Eu passei a ter uma visão melhor sobre isso. Eu pensava que não era uma doença, uma palhaçada, que era uma forma de extravasar. Mas quando eu fui estudar os passos e as tradições que tem nas irmandades, eu fui ver que não era uma palhaçada, era uma doença. Eu vi aqui também que não é uma palhaçada, é uma coisa séria que pode matar, levar ao suicídio.”* **Tarsila**

---

<sup>16</sup> Profissionais da equipe da STA.

Cinco entrevistadas definem o alcoolismo identificado a visão hegemônica deste enquanto doença grave. Somente Olga não o definiu desta forma, respondendo que procura não beber, e que como antes, continua tendo pena de uma pessoa alcoólatra. Olga e Chiquinha dizem não houve nenhuma mudança no que pensavam sobre alcoolismo antes e depois do grupo, sendo que Chiquinha diz que antes não achava que conseguiria parar de beber, e hoje acha possível. As outras entrevistadas apresentam diferença entre estes dois momentos, apontando atualmente uma ‘consciência maior’ do alcoolismo enquanto uma doença, ou de sua gravidade, fato que chama a atenção para a influência do serviço de saúde sobre a formação de concepções e representações de saúde e doença nas usuárias. Tal representação parece não se chocar com a intenção e o sentido dos trabalhos apresentados publicamente, onde a representação do alcoolismo não se desvincula da idéia de doença grave, mas parece motivar as entrevistadas a mostrar as novas possibilidades de atuação de pessoas que sofrem de alcoolismo, chamando a atenção para o preconceito sobre o mesmo e procurando desconstruí-lo. É interessante ainda notar que as representações sobre alcoolismo referidas antes do ingresso no tratamento, em sua maioria, estavam mais identificadas a valores morais, como falta de vergonha, vontade, ou ainda que a idéia de doença não se mostrava tão consistente quanto posteriormente. Estes valores não necessariamente foram separados do alcoolismo, mas ficaram em segundo plano com a ascensão do mesmo ao status de doença grave.

Com relação ao que pensavam sobre saúde antes e depois do ingresso no tratamento, todas as entrevistadas disseram sofrer mudanças, principalmente no que se refere ao cuidado de si, a atenção à própria saúde como uma prática que se tornou importante após o ingresso no tratamento:

**Hoje:**

*“Minha alimentação mudou, hoje ela é diferente. Café da manhã também é diferente...e tomando esses remédios, você não pode sair sem se alimentar, tem que se alimentar na hora certa, tem que ter uma boa alimentação.”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Foram as mulheres falando, que esse tipo de remédio, você tem que ter uma boa alimentação, porque os remédios são fortes, entendeu. Isso eu ouvi tudo das pacientes. (...) Saúde? É estar boa da mente e não andar embriagada. Isso é que é saúde.” Olga*

**Hoje:**

*“Saúde é uma pessoa com bem material, espiritual, livre, leve e solta, com ela mesma, uma pessoa alegre e feliz.”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Antes eu via diferente. Eu não acreditava em nada. Era quem quiser morrer morra, quem quiser beber beba, entendeu. E hoje eu vejo que a pessoa tem que se esforçar pra conseguir. Se eu quero parar de beber, eu tenho que parar de beber. Não é só você dizer: Anita, você não pode beber! Que adianta dizer se eu vou lá e bebo? Então não adianta nada.” Anita*

**Hoje:**

*“Eu por exemplo, tenho saúde, apesar da bebedeira toda; quase trinta anos de bebida... Não tive cirrose, não tive problema no fígado, não tive problema nenhum. Só pressão alta, que agora já está normal, já está baixa.”*

**Antes de ingressar no tratamento**

*“Antes eu nem pensava... Eu pensava: Não vou durar, não vou durar muito, vou morrer!” Chiquinha*

**Hoje:**

*“Saúde é a gente estar em paz com a gente mesmo, estar fisicamente forte, se sentindo forte, e até em paz, harmonia, alguém que ame a gente, isso tudo faz parte da saúde. Saúde pra mim é isso, é você estar de bem com a vida.”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Antes eu não me ligava muito nisso não, me ligava mais em morrer do que viver. Eu tinha um sério amor pela morte. É diferente, não ligava muito não pro que fosse saúde. Saúde pra mim era ficar um ou dois dias sem chorar, sem tomar porrada, isso pra mim era saúde, o resto era conversa fiada. Agora saúde como eu vejo agora é outra coisa, fora a qualidade de vida, o tratamento também, isso faz parte da saúde da Maria Bonita. Em vez de ser a doença, ao contrário, é a saúde, o bem estar. Pra mim chegar onde estou, o tratamento faz parte.” Maria Bonita*

**Hoje:**

*“Saúde é tudo de bom. É quando você consegue comer de tudo, passear... saúde e dinheiro, são as duas coisas melhores. E com saúde, você vai passear, e dinheiro também, porque sem dinheiro você não faz nada.”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Eu não pensava em saúde. Eu sabia que eu ia morrer um dia. E hoje em dia eu penso, já fiz exames pra ver se tenho alguma coisa pra me tratar. E antes eu não pensava nisso. Eu acho que parar de beber me fez ver os acontecimentos. Bêbada eu não via nada.” Adelina*

**Hoje:**

*“É bem estar, estar bem, fazer os exames.”*

**Antes de ingressar no tratamento:**

*“Não, eu não encarava saúde com importância não, hoje eu encaro como uma forma muito importante. Mudou que eu tenho que cuidar de mim, que eu tenho que me amar. Quem tem a perder sou eu.” Tarsila*

As entrevistadas relatam uma mudança com relação ao que pensavam sobre saúde após ingressarem no tratamento, todas enfatizando cuidado de si como uma prática importante atualmente. Cinco declararam que antes de começar o tratamento, não pensavam em saúde, sendo marcante em algumas falas a falta de perspectivas de vida e saúde antes deste ingresso, como Anita, Adelina, Maria Bonita e Chiquinha. A saúde vinculada ao controle sobre a bebida aparece em três falas, corroborando com a representação de saúde para o alcoolismo a partir da abstinência. Outros elementos definem ainda a concepção de saúde das entrevistadas: a melhora da qualidade de vida, o aumento da auto-estima e do auto-cuidado são elementos citados no presente como essenciais para uma vida mais saudável.

As questões mais importantes que o roteiro procurou levantar para os objetivos desta pesquisa referem-se a relação da percepção sobre saúde e alcoolismo com o tratamento oferecido pelo Grupo de Mulheres, ou seja, de que forma este aborda esta problemática, se permite outras possibilidades de atuação e ainda, quais são os princípios de Redução de Danos que envolvem este trabalho, assunto a ser melhor discutido no capítulo a seguir

## Discussão e Conclusão

Este estudo analisa o trabalho realizado pelo Grupo de Mulheres a partir da percepção de seis participantes usuárias da Seção de Tratamento de Alcoolistas, investigando como este trabalho opera sobre suas concepções de saúde e doença e quais as estratégias de Redução de Danos presentes em sua prática. A delimitação deste universo de pesquisa orientou-se pelo pressuposto geral de que o Princípio de Redução de Danos presente neste trabalho permite diferentes formas de atuação das participantes frente ao alcoolismo enquanto sujeitos ativos no processo de construção da própria saúde, na medida em que tal princípio não impõe a abstinência como única forma de recuperação do alcoolismo, respeitando as singularidades, ritmo e escolhas dos sujeitos que se tratam.

Para esta análise, procuramos problematizar, ao longo de nossa discussão teórica, as concepções hegemônicas de saúde e de alcoolismo como uma doença incurável, individual e inata ao sujeito, e da abstinência enquanto valor e meta do tratamento, concepções que permeiam a maior parte das abordagens sobre o alcoolismo. Tal concepção não é uniforme, sua definição não é única, tampouco definitiva. A produção discursiva na qual o binômio saúde-doença se apresenta é múltipla, se produz em níveis e relações diversos, com nuances e valores agregados em diferentes combinações. Em dada leitura é um problema genético, ou hereditário, noutra é uma desordem moral, noutra combina estas duas dimensões, e assim por diante. Entretanto, as diversas instituições que o abordam, sejam médicas, psiquiátricas, familiares, educativas, midiáticas, religiosas, filantrópicas, ou o próprio senso comum, possuem características semelhantes que dão contorno a um campo de interseção entre estas práticas discursivas, permitindo uma aproximação semântica deste campo à idéia de uma doença inata e sua etiologia centrada no indivíduo. Partindo deste pressuposto, investigamos como estas concepções se apresentam nos discursos das entrevistadas, de que forma se relacionam com a história do alcoolismo de cada uma e, ainda, se tais concepções sofreram alguma transformação através da vivência nos trabalhos do grupo, uma vez que estes utilizam o princípio de Redução de Danos.

Durante o trabalho de campo, seguimos uma leitura mais complexa e contextual da experiência do alcoolismo, sempre considerando fatores que atravessaram esta experiência, como ideologias de gênero e de saúde. Neste sentido, levantamos elementos da trajetória alcoólica das participantes que atravessaram o processo de construção destas concepções, por exemplo, as motivações e experiências traumáticas associadas ao consumo

problemático, o preconceito social percebido sobre o alcoolismo de um modo geral, e o preconceito sobre o alcoolismo feminino especificamente, assim como a percepção (ou não) de diferenças entre outras abordagens de saúde sobre o alcoolismo e aquela específica do Grupo de Mulheres.

De um modo geral, as entrevistadas enumeram algumas experiências marcantes em sua trajetória alcoólica, por vezes associando tais eventos ao consumo problemático, consumo que em algumas situações foi apontando como forma de enfrentar situações difíceis, fato que marca a fala de Tarsila, Anita e Maria Bonita. O relato sobre as motivações para beber também envolvem sentimentos e experiências de sofrimento, como raiva, tristeza, perda de entes queridos e outras lembranças traumáticas, aparecendo na fala de praticamente todas as entrevistadas. Esta associação entre as experiências marcantes, sentimentos dolorosos e consumo problemático não é interpretada como uma relação direta de causa e efeito, mas como elemento subjetivo relevante para a compreensão da construção das trajetórias alcoólicas. Nesta direção, reforçamos esta reflexão a partir da análise de César (op.cit) sobre o beber feminino, onde a autora realiza uma pesquisa sobre a história de mulheres alcoolistas, fazendo referência a situações de violência sofrida por estas mulheres e sua relação com abstinência e o abuso da bebida, apontando este sofrimento como um fator que contribui para 'o beber problemático' destas mulheres. (César: 2005)

A consideração das trajetórias alcoólicas, portanto, permite que se questione concepções biologizantes do alcoolismo enquanto uma doença inata e centrada no indivíduo, uma vez que as motivações e os trajetos individuais que culminam no alcoolismo são diferentes para cada caso. As trajetórias alcoólicas revelam inúmeras configurações possíveis de consumo problemático, onde as diferentes relações entre as motivações na história de cada sujeito têm uma importância chave no planejamento de ações de saúde, fornecendo ferramentas para uma abordagem mais abrangente a um público tão diverso. Não se trata de ignorar as singularidades no planejamento das ações, mas, ao contrário, considerar o quanto as diferenças na maneira de se vivenciar o sofrimento pelo alcoolismo colabora, no tratamento, para a riqueza da construção e da troca de saberes entre sujeitos mais ativos sobre sua saúde. É neste sentido que o princípio de Redução de Danos, estabelecido nas ações do tratamento, permite compreender a complexidade e a dinâmica da saúde, considerando ao mesmo tempo as condições sociais e subjetivas no processo de adoecimento do alcoolismo. Esta forma de abordar o alcoolismo não reduz sua complexidade, ao contrário, considera a dialética do mundo real na forma como o sujeito

vive o alcoolismo, e portanto, na forma como este é abordado, diferente da concepção hegemônica de alcoolismo.

Ao analisarmos os diversos fatores que atravessam a experiência do alcoolismo e o significam a partir das vivências das usuárias, situamos nossa leitura desta problemática com base na interpretação dos elementos levantados ao longo das entrevistas, não significando que nossa interpretação esteja em plena concordância com as percepções das entrevistadas. Ao contrário, o discurso das entrevistadas apresenta uma linha argumentativa bastante próxima de concepções mais hegemônicas de saúde. A abstinência, por exemplo, é uma meta desejada e buscada por todas as entrevistadas e o alcoolismo aparece nos discursos como uma doença grave e incurável durante toda a análise.

É interessante notar, no entanto, os contrastes que compõem esta concepção em diferentes momentos das entrevistas. A fala de Maria Bonita é a que melhor ilustra estes contrastes, ora afirmando o alcoolismo como um problema genético, com determinantes biológicos, ora mencionando outras possíveis causas, como experiências traumáticas e mesmo a depressão.

Um ponto levantado pelas entrevistas que ajuda a compreender a relação com a bebida em diferentes momentos da vida e do tratamento de cada uma refere-se à motivação para busca de ajuda/tratamento. É interessante notar que quatro entrevistadas procuraram o tratamento no IMPP para outros transtornos e sofrimentos, como depressão, pânico e alucinações auditivas, e a partir desta procura foram encaminhadas ao serviço de tratamento para alcoolistas. Inicialmente, estas entrevistadas não tinham o alcoolismo como principal demanda, fato que foi se transformando ao longo do tratamento. Não há como avaliar a relação exata entre o alcoolismo e tais sofrimentos, se há a predominância de um sobre o outro ou uma relação de causa-efeito. Estas entrevistadas se tratam em um serviço de atendimento para alcoolismo, o que pode creditar a este a predominância sobre os outros transtornos. Porém, não se pode ignorar que o fato de o alcoolismo ocupar um lugar secundário numa busca inicial por tratamento nos aponta o percurso no qual este adquiriu um status ou diagnóstico de doença predominante, trazendo a importância de se pensar o alcoolismo de forma relacional, ou seja, situando o contexto de tratamento onde foi se ‘tornando’ cada vez mais grave.

A concepção do alcoolismo enquanto uma doença inata e incurável parece ganhar maior consistência ao longo do percurso em serviços de saúde e na própria STA. Ao serem perguntadas, por exemplo, sobre o que pensam atualmente sobre o alcoolismo, após

ingressarem no tratamento, todas as entrevistadas o definem como uma doença grave e muito preocupante, até mesmo fatal, utilizando uma conceituação muito próxima do utilizado pelos grupos de AA e a maior parte das abordagens em saúde. As falas trazem preocupações como ‘o alcoolismo pode levar ao suicídio’, ‘de fim terminal, que mata degradando’. Quatro entrevistadas dizem que adquiriram consciência de tal gravidade a partir do ingresso no tratamento ou em grupo de auto-ajuda. A concepção do alcoolismo enquanto uma doença grave parece se fortalecer ao longo do tratamento, até então mais vinculado a valores morais negativos, degradantes, associados à sem-vergonhice, problema de vontade e de caráter. Esta concepção moralmente desqualificada do alcoolismo parece permear o imaginário social sobre a doença, inclusive daqueles que sofrem com ela, sobretudo antes de ‘tratarem’ o alcoolismo. Assim, a concepção do alcoolismo enquanto um problema moral parece ceder lugar a uma dimensão biomédica, a partir do momento em que este é ‘tratado’, alterando o registro moralmente desqualificado para o doente grave, incurável, o que não implica, porém, abandonar completamente a vinculação a uma imagem moralmente desqualificada, mas sim migrar de uma imagem de ‘sem vergonha’, que não tem ‘força de vontade’ para a de incapaz pela doença. Além disso, abstinência é uma das principais metas do tratamento de todas as entrevistadas, o que confere a estes discursos uma identificação com as metas da maioria das abordagens para esta problemática.

Alzuguir (2005) já tinha chamado a atenção para este fato em uma pesquisa supracitada com mulheres usuárias da STA, quando percebeu uma proximidade de seus discursos com os do AA. A autora levanta a hipótese da carreira institucional ser um fator essencial na ressignificação dos discursos sobre o alcoolismo-doença, levando em conta o fato de que embora nem todas as usuárias tenham passado pelos grupos de AA, elas se encontram num serviço de saúde orientado em pressupostos biomédicos sobre o alcoolismo.

Procuramos abordar estratégias de Redução de Danos percebidas e/ou vivenciadas pelas usuárias em diferentes momentos. Quando perguntamos se já sofreram recaídas enquanto se tratavam, somente duas relataram não terem recaído durante o tratamento. Sobre o que cada uma pensa de tratamentos que exigem abstinência para o ingresso ou permanência, quatro usuárias discordam deste tipo de prática, defendendo o acolhimento do serviço em casos de recaída. Os argumentos defendem este tipo de suporte pela dificuldade em se parar de beber sozinho, pois *‘se fosse possível para a maioria das pessoas que*

*possuem problemas com álcool parar de beber sozinhas, não haveria a necessidade de uma ajuda*'. Duas entrevistadas concordam com este tipo de prática, defendendo a abstinência como critério de inclusão, embora já tenham recaído durante o tratamento e continuaram freqüentando a STA durante estes episódios. Além disso, as entrevistadas que relataram recaídas em sua trajetória pela STA apontaram a equipe como um recurso ao qual recorrem antes mesmo de beber, quando sentem que podem recair, ou quando se sentem vulneráveis, a beira de uma recaída emocional, mostrando uma relação de proximidade com a equipe.

Em sua pesquisa sobre o beber feminino realizada com usuárias da STA, César (2005) faz uma referência ao modelo de Redução de Danos para o uso de drogas e álcool, apontando a aproximação dos usuários com os profissionais de saúde como um efeito desta prática, o que favorece o estabelecimento do tratamento, na medida em que não prega a abstinência, nem a impõe como condição: *“Nesse contexto, esse modelo traz implícita a possibilidade do usuário(a) voltar a usar a droga, mesmo em tratamento, pois é isso que pode acontecer, muitas vezes. Encarar esse fato é encarar a dinâmica dos usuários e abrir a possibilidade de tratamento.”* (César, 2005). Neste sentido, o princípio de Redução de Danos se apresenta não só no grupo, mas no tratamento da STA como um todo, a partir de sua ampla disponibilidade de tratamento e menores exigências para o ingresso e permanência, respeitando o movimento em direção ao tratamento e auxiliando no enfrentamento de obstáculos e resistências que venham a surgir neste processo.

A defesa da abstinência enquanto um valor e uma meta e, o seu contrário, da recaída como retrocesso no tratamento, assume diferentes significados em distintos momentos pelos quais passam as entrevistadas. O fato de conceber o alcoolismo como doença grave e incurável e a total supressão do consumo de bebida – a abstinência – como forma de tratá-lo se apresentam nos discursos como espécies de parâmetros norteadores para a recuperação do sofrimento causado pelo alcoolismo, ou seja, como um modo de manterem-se saudáveis. Tais concepções não se mostram rígidas, embora defendidas de forma assertiva pelas entrevistadas, uma vez que permitem outras formas de lidar com este problema, seja quando recaem ou sentem que vão recair, seja quando defendem uma permissividade à recaída pelo serviço de saúde, sendo coerentes não só com uma concepção mais hegemônica de saúde e alcoolismo, mas também com as próprias experiências de dor e sofrimento destas mulheres.

Todas as entrevistadas reconhecem o preconceito sobre o alcoolismo, dizendo-se vítimas de algumas situações em que foram discriminadas por serem alcoólatras, vistas como ‘pessoas sem valor’, ‘dignas de pena’, o que pode ser um fator que reforça a concepção de alcoolismo enquanto um problema moral, apresentada pelas entrevistadas antes de entrarem no tratamento. Somado a isso, o reconhecimento de um preconceito maior sobre a mulher que bebe está presente também nas falas, quando as entrevistadas relatam como homens e mulheres alcoólatras são vistos pela sociedade de forma diferente, ambos carregando o peso de valores morais: o homem quando bebe é ‘machão’, ‘bebe porque é homem’; e a mulher que bebe é vista como ‘puta’ ‘fácil’, ‘vadia’, ‘que não cuida do marido’, qualificações que ilustram as ideologias de gênero que atravessam o alcoolismo.

É curioso o fato de que nenhuma entrevistada apontou a necessidade de um espaço de tratamento exclusivo para as mulheres. A reivindicação das mulheres refere-se à necessidade de igual acesso aos espaços oferecidos aos homens, como aumento do número de leitos femininos da internação da STA, que correspondem atualmente a um terço do número de leitos masculinos. O fato de não defenderem a necessidade de uma atenção diferenciada à mulher surpreende devido à história de atendimento a mulheres na STA, desde o tempo em que não oferecia leitos femininos até a criação do Grupo de Mulheres. A criação deste Grupo como um espaço só para mulheres se deu devido à não aderência das mesmas aos espaços mistos – homens e mulheres – de tratamento. Cabe ressaltar ainda que a criação do grupo permitiu trabalhar temas como gênero, preconceito, violência, maternidade, amizade, abandono, sexualidade, imagem, diferenças, hormônios, situação social e política, trabalho, exclusão, dentre outros temas do cotidiano destas mulheres, até então não abordados ou abordados superficialmente em espaços mistos.

A mudança na concepção de saúde após ingressarem no tratamento também se mostra bastante relevante para nossa pesquisa. De alguma forma, o controle sobre a bebida vinculada à saúde aparece na fala de três entrevistadas, reforçando a idéia de uma recuperação e um estado de saúde a partir da abstinência. Contudo esta relação não é a única a definir a concepção de saúde das entrevistadas: a melhora da qualidade de vida, o aumento da auto-estima e do auto-cuidado são elementos citados como valores para uma vida mais saudável, apontando uma nova perspectiva destas mulheres com relação não só ao tratamento, à recuperação do alcoolismo, mas como parte de um projeto de vida. É interessante notar que as respostas sobre o que pensavam sobre saúde antes de começarem a

se tratar revelam uma ausência de cuidado, uma baixa auto-estima, uma não valorização da saúde e da vida. Todas as entrevistadas relatam que passaram a cuidar da saúde após começarem a se tratar, algumas declarando inclusive não terem perspectivas de vida e saúde antes deste ingresso.

A STA utiliza o princípio de Redução de Danos em suas ações de um modo geral, o que a diferencia de uma abordagem rígida e discriminatória. A escuta psicanalítica que orienta os grupos terapêuticos permite intervir sobre o sujeito focando prioritariamente o sofrimento trazido por ele, o que não implica focar o alcoolismo ou o controle sobre a droga, como na maioria das abordagens para drogas e/ou alcoolismo. Além disso, o trabalho da equipe interdisciplinar confere um olhar integral do sujeito, procurando atendê-lo em múltiplas dimensões: médica, psiquiátrica, psicológica, ocupacional, familiar e social, não fechando o cuidado sobre o controle da dependência química. Aparentemente, estes aspectos diferenciais da abordagem da STA seriam suficientes para analisar o princípio de Redução de Danos.

A disponibilidade para acolher a recaída das usuárias não é exclusividade da prática do grupo. Elas acontecem em situações pontuais, mas não são episódios exclusivos do Grupo de Mulheres, muito embora envolvam em alguns casos motivações e sentimentos referentes ao trabalho do próprio grupo, como e o caso de usuárias que chegam ansiosas e um pouco alcoolizadas para apresentação dos trabalhos do grupo. Entretanto, os trabalhos realizados pelo grupo se apresentam como um campo privilegiado análise do princípio de Redução de Danos, pois encontramos em suas atividades características próprias ao seu funcionamento que permitem uma utilização mais ampla deste princípio. O que diferencia o trabalho do grupo dos demais espaços da STA e confere especificidades na utilização deste princípio é o descentramento da droga/alcoolismo e a abordagem de questões e estereótipos de gênero através de trabalhos criativos que elaboram temas do cotidiano das participantes, referentes ao universo das mulheres que ali se tratam, como ilustrado na fala de Chiquinha, que comenta sucintamente o grupo como um espaço diferente pelas atividades que realiza e por trabalhar principalmente com temas 'femininos', 'a mulher em si'. Através destes trabalhos, as usuárias do grupo apresentam movimentos expansivos ainda que não se mantenham em abstinência total, com atuações em espaços antes não apropriados por elas.

Os trabalhos construídos de forma coletiva promovem a maior integração entre as participantes e com a equipe, onde a troca, o diálogo e a liberdade de se colocar são características enumeradas nas falas com relação ao grupo. A abordagem do grupo

considera as singularidades de cada participante, sua história, seu posicionamento diante do tratamento e com relação aos trabalhos, sendo todos os trabalhos operados de forma coletiva, desde a escolha do tema à apresentação. Neste sentido, a abordagem não é individual, mas coletiva, pois afeta e cria novas relações: entre as participantes, entre participantes e equipe, entre participantes e comunidade. Além disso, o trabalho do grupo, na medida em que elabora diversos temas da vida cotidiana através destas relações, interfere ainda na rede social de cada participante, afetando diversos âmbitos de suas vidas, tornando o tratamento mais abrangente com relação à complexidade do sofrimento, mas também da potência humana em criar novas formas de atuar, de se relacionar.

A forma como temas escolhidos são trabalhados no grupo conferem uma particularidade à sua prática. As atividades elaboram os assuntos de forma criativa, a partir do desejo de *criar e fazer* das participantes, que vão desde oficinas de geração de renda a trabalhos com público fora do hospital. As oficinas de geração de renda – bijuteria e compostagem/alimentação viva – foram descritas positivamente pelas participantes entrevistadas, onde exploraram novas possibilidades de aprendizado e criação, além de ‘preencher o tempo’ e ‘ocupar a mente’. Estes espaços foram qualificados pelas entrevistadas como um saber-fazer, e a construção desta nova prática produz efeitos diretos na auto-estima e auto-imagem, na medida em que as participantes se sentem capazes, valorizadas por conseguirem criar, aprender e ensinar. Embora não alcancem plenamente o objetivo de geração de renda, estas oficinas são reflexo do desejo em se montar outras possibilidades de criação e inserção, haja visto as sugestões de outras produções que o Grupo poderia desenvolver, como reciclagem de papel, montagem de pufes a partir de material reciclável, bolsas e bordados e pintura de tecido.

A construção de novas formas *saber fazer* marca a prática do Grupo, promovendo outras possibilidades de inserção não apenas como *mulheres alcoolistas*, mas também como *mulheres*. Os trabalhos apresentados para o público aparecem nas falas como um dispositivo que afeta tanto a forma como o alcoolismo é abordado quanto os espaços onde pode ser discutido e pensado, saindo do espaço privado do hospital e ‘expandindo’ o tratamento para o espaço público, ajudando a romper o preconceito e desfazer os estereótipos.

O desenvolvimento destas atividades permitiu certa visibilidade da problemática do alcoolismo feminino em diversas esferas. Primeiro, para a própria equipe dentro do serviço

de saúde, que até pouco tempo antes da criação do grupo enfrentava a não aderência e, portanto, o não acompanhamento da maioria das mulheres que procuravam tratamento. Em segundo lugar, para as usuárias, a partir da ‘resignificação’ que o beber e o alcoolismo foram ganhando nas suas representações, saindo do espaço privado para público, retirando o alcoolismo da pessoalidade, da individualidade, deixando de ser um problema exclusivamente delas e passando a ser abordado em um espaço coletivo. Ao trazerem à tona as marcas da subjetividade que atravessam o percurso do beber feminino e os fatores sociais que o envolvem, o alcoolismo feminino pertence agora a uma esfera mais ampla e menos individualizada, no âmbito de políticas e ações de saúde. Em terceiro lugar, a nova atuação pública destas mulheres através do Grupo de Mulheres expõe o alcoolismo feminino à opinião pública, fornecendo outras possibilidades de vivência e representação para o mesmo, incitando a reflexão e o debate de um tema ainda pouco discutido, na medida em que as participantes desejam tornar públicas as reflexões produzidas no grupo. O que chama a atenção no fato de planejarem levar suas produções para fora do hospital é o desejo e a constatação de poderem realizar trabalhos que, apesar de estarem relacionados à concepção sobre tais mulheres como ‘doentes’, uma vez que se apresentam também como usuários de um serviço pra tratamento de alcoolismo, surpreendem por mostrar aos outros ‘do que uma pessoa alcoolista é capaz’.

Um dos efeitos destes trabalhos públicos é o de alertar e debater publicamente os agravos e possibilidades do alcoolismo, promovendo a mudança na relação com a bebida em uma perspectiva preventiva sobre problemas com álcool. Além disso, a troca destes saberes no espaço público produz efeitos terapêuticos nas participantes, como o resgate da auto-estima, as entrevistadas se sentem reconhecidas por suas produções, vistas pelo público como ‘capazes’, ‘úteis’, ‘pessoas de valor’, portanto como sujeitos ativos e criativos. A partir destes trabalhos, as participantes modificam o registro do alcoolismo feminino vinculado a valores morais condenáveis e sentimentos como ‘pena’, ‘arrependimento’, ‘tristeza’, construindo uma outra imagem das mulheres alcoolistas do grupo utilizando o tratamento como via para esta construção, como ilustrado na fala de Olga, que coloca as participantes do grupo como um exemplo para o público, na medida em que este percebe que pacientes alcoolistas são ‘capazes’ e podem trabalhar, apresentar e ensinar suas produções e saberes.

A reafirmação do alcoolismo como doença parece permitir a elas superarem as representações de que mulheres alcoolistas são ‘vagabundas’, moralmente deficientes. As

atividades públicas do Grupo, neste sentido, ajudam a promover oportunidades de concretizar e fortalecer esta definição de competentes, com um ganho enorme para auto-estima. Neste sentido, constatamos uma mudança nas concepções de alcoolismo enquanto doença a partir da abordagem de Redução de Danos pelo Grupo de Mulheres, não no sentido de que o alcoolismo deixou de ser compreendido como uma doença grave e incurável, e a abstinência enquanto parâmetro para a recuperação. A transformação se dá sobre a idéia de uma doença moral, degradante, onde o indivíduo seria incapaz e desqualificado, para uma concepção do alcoolismo em que este é uma doença grave e que precisa ser tratada, mas que não implica uma incapacidade. Ao contrário, a partir dos trabalhos criativos e interativos que permitiram desenvolver novas habilidades, as entrevistadas apontaram o auto cuidado, a competência e o trabalho enquanto valores que convivem com o sofrimento do alcoolismo. Estes dados ilustram a eficácia da utilização do princípio de Redução de Danos defendida por Moreira et al (2006) enquanto uma alternativa a práticas mais discriminatórias e estigmatizantes, uma vez que parte em defesa do usuário/dependente, focando a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável, permeando vários aspectos do trabalho e focando o indivíduo como um todo. A Redução de Danos pode ser entendida neste espaço segundo a perspectiva de Malatt et al (1999), quando aponta a redução de danos causados pela bebida e pelo aprendizado de novas habilidades.

Podemos enumerar ainda os danos reduzidos com a abordagem do grupo de mulheres, como os danos sociais, a partir da inserção destas mulheres em novos espaços, onde a relação do sujeito com o seu meio reflete sua saúde mais que sua abstinência, seu controle sobre a bebida. Neste sentido, podemos falar em melhora e recuperação enquanto um conjunto complexo de ganhos na auto-estima, na auto-imagem, e novas possibilidades de atuação frente ao alcoolismo, não (somente) com relação à bebida, mas com relação aos fatores sociais e subjetivos que interferem no beber problemático, como motivação, sentimentos e eventos significativos na história de vida, bem como atravessamentos de classe, de gênero, etc.

Evocamos a análise de Alzuguir (2005), que defende a apropriação de um discurso biomédico por mulheres alcoolistas a partir da carreira insitucional, ou seja, da inserção em instituições que tratam o alcoolismo: serviços de saúde e grupos de mútua ajuda. A autora argumenta sobre a existência de dois planos no discurso das mulheres alcoólicas: um moral e outro físico, com a valorização do segundo enquanto uma concepção biomédica no

sentido de uma ‘desculpabilização’ e ‘desresponsabilização’ dos julgamentos morais sobre si mesmas pelo discurso da doença. Concordamos com a autora com relação à construção e/ou reforço de um discurso biomédico sobre o alcoolismo após o ingresso em serviços de saúde. Entretanto, apontamos aqui variações significativas com relação às reflexões de Alzuguir, não identificando o discurso das participantes de nossa pesquisa à desculpabilização e desresponsabilização pela doença. Além de uma reafirmação do alcoolismo por um discurso biomédico, percebemos nas falas a criação de novos valores a partir do tratamento, uma construção da saúde enquanto concepção e estratégias para prevenir ou diminuir as recaídas, combatendo efeitos mais danosos do alcoolismo. Há uma mudança na concepção hegemônica do alcoolismo a partir do tratamento, na medida em que agora há uma distinção entre doença e incapacidade, significados antes fortemente entrelaçados. O alcoolismo passa a agenciar novos valores a partir do trabalho desenvolvido pelo grupo, na medida em que este trabalho reconhece o sujeito social ativo no seu tratamento, não mais reduzido a um estigma pelo alcoolismo, mas sim visto enquanto um sujeito que sofre de alcoolismo, mas que é capaz, é produtor de sentidos, de significados, de novos lugares sociais. Esta mudança na concepção hegemônica de saúde e doença fica ainda mais clara com o fortalecimento da auto-estima e o auto-cuidado, da saúde, antes negligenciada, vista como sem importância.

Esta incorporação de uma concepção de saúde após ingressarem no tratamento é um resultado chave da nossa pesquisa, o que acrescenta às leituras possíveis sobre alcoolismo feminino a percepção do lugar mais ativo e potente das mulheres alcoolistas na criação de uma nova atuação, com maior autonomia e decisão na condução do próprio tratamento. A possibilidade de promover a saúde aparece como estratégia, reforçando a idéia de um sujeito ativo com recursos para lutar para sua saúde, tentar o controle sobre a bebida e diminuir a frequência e as conseqüências das recaídas. Esta nova perspectiva sobre alcoolismo e saúde fica fortemente ilustrada em uma frase escrita pelas participantes do grupo no primeiro trabalho público, um pôster produzido no grupo para ser apresentado em um congresso de Psiquiatria, transcrita no título da presente dissertação: *‘O fundo do poço pode se transformar em fundo de posso!’*. Deste modo, podemos afirmar uma nova perspectiva destas mulheres não só com relação ao tratamento, à recuperação do alcoolismo, mas como parte de um projeto de vida de um sujeito ativo e moralmente qualificado.

## **Considerações Finais:**

Os resultados desta investigação trazem os contrastes presentes entre as experiências de dor e sofrimento vivenciadas pelas participantes ao longo da trajetória alcoólica e os efeitos do trabalho do grupo sobre a auto estima, o cuidado de si e novas estratégias de saúde desenvolvidas por elas. As entrevistas apontam o princípio de Redução de Danos presente nas atividades do grupo – e do tratamento de um modo geral – como um importante dispositivo na promoção da saúde das participantes, na medida em que estas atividades reconhecem e elaboram a problemática do alcoolismo abordando os inúmeros fatores sociais e subjetivos e ideologias de gênero e saúde que atravessam o beber feminino.

Esta pesquisa demonstra a necessidade de construir práticas que comportem uma concepção mais dialética do alcoolismo, que possibilite reconhecer a relação dinâmica entre saúde/doença e abstinência/recaída. O princípio de Redução de Danos se apresenta como um recurso compatível com diferentes linhas de atuação para abarcar a complexidade do alcoolismo, reconhecendo a saúde como uma dinâmica entre sujeito e condições que o ameaçam, e não como um estado estanque a ser alcançado.

Esperamos que este estudo fomente discussões sobre as práticas de saúde, produzindo efeitos no campo das intervenções, dos serviços de saúde, e no campo da produção acadêmica, contribuindo para o debate sobre o beber feminino e Redução de Danos, onde observamos ausência relativa de uma produção nesta área.

### Referências Bibliográficas:

- ALZUGUIR, F. A.. **A desculpabilização pela doença: o alcoolismo no discurso de mulheres alcoólicas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005 Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Rio de Janeiro.
- ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sociais. **Cadernos de Pesquisa**, 73:13-25, 1990.
- ASCELRAD, G. A Educação para a Autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: **Avessos do Prazer**. ASCELRAD, G. (org). Ed: FIOCRUZ: 2005
- BORINI et. al. Alcoolismo feminino: padrão de consumo, motivações para o abuso e aspectos conceituais e emocionais de paciente de baixa renda internada em hospital psiquiátrico. **J. bras. psiquiat.**, 12: 539-545, 1999.
- BARROS, R. A noção de entre em Deleuze e Guattari : primeiras aproximações a clínica dos grupos. **Cadernos transdisciplinares - UERJ**, Rio de Janeiro, p. 23-31, 1998.s
- BARROS, Regina Benevides de. Grupo e produção. In: **Revista Saúde e Loucura 4 - Grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- BLUME, S. Women and Alcohol. **Jama**, v.256: 1467 – 1470, 1986
- \_\_\_\_\_ Chemical Dependency in Women: Important Issues. **American Journal Drug Alcohol Abuse**, 16(3 e 4): 297-307. 1990
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas / Ministério da Saúde Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. C.N. DST/AIDS. – 1ªed – Brasília: Ministério da Saúde, 2003**
- BRASILIANO, B.; KNAPP, P. Tratamento Psicoterapêutico. In: **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, 2(Supl 1): 12-7, 2001
- CAMPOS, E.A. As representações sobre alcoolismo em uma Associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cadernos de Saúde Pública** 20(5): 1379-87, 2004a
- CAMPOS, E.A. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. **Ciência e Saúde Coletiva** 10(Supl): 267-78, 2005
- CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M.. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, n.9 (3): 745 - 749, jul.-set. 2004b.
- CÉSAR, Beatriz Aceti Lenz. **O Beber Feminino: A Marca Social do Gênero Feminino no Alcoolismo em Mulheres.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca –  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DELGADO, P. G. Drogas: o desafio da Saúde Pública. In: **Avessos do Prazer**.  
ASCELRAD, G. (org) Ed: FIOCRUZ: 2005

DSM-IV: Manual Diagnostico e Estatistico de Transtornos Mentais. Edição 04, Porto  
Alegre: Editora Artes Medicas, 1995.

FERREIRA, Salette Maria Barros. Por uma Ética do Tratamento do Alcoolismo. In:  
**Ciência e Saber no Campo da Saúde Mental. Caderno IPUB**, n21, Vol. VIII. Rio de  
Janeiro: IPUB/UFRJ, 2002.

FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da  
dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, , vol.26 (Supl.1): 63-67. Maio 2004

GALDURÓZ, J. C. F.: CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev.**  
**Bras. Psiquiatr.**, , vol.26 (Supl.1): 3-6. Maio 2004

GARCIA, Ângela Maria. **“E o verbo (re)fez o homem”**: estudo do processo de  
conversão alcoólico ativo em alcoólico passivo. Niterói: UFF, 2003. Dissertação  
(Mestrado em Antropologia). Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro: Niterói.

GIFFIN, Karen . produção do conhecimento em um mundo ‘problemático’: contribuições  
de um feminismo dialético e relacional. **Revista Estudos Feministas**, v. 14(3), p. 635-654,  
2006.

GIFFIN, K. Estudos de Gênero e saúde coletiva: teoria e prática. In: **Saúde em Debate**. 46:  
29-33, 1995.

GIFFIN, K; DANTAS BERGER, S. M. Violência de gênero e sociedade de risco: uma  
abordagem relacional; in: Taquette, Stella (Org). **Violência contra a Mulher Adolescente  
/ Jovem**. P.55-60; Ed. UERJ, Rio de Janeiro: 2007

GIFFIN, K. and LOWNDES, C.M . Gender, sexuality, and prevention of sexually  
transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. **Social Science & Medicine**  
48, 283-292, 1999.

HERNNECK, L.; FOX, V. A Mulher com Alcoolismo. In: GILTLOW, S. E.; PEYSER, H.  
S. **Alcoolismo: Um Guia Prático de Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

HOCHGRAF, Patricia B et Al. Comparação entre mulheres e homens alcoolistas em  
relação a dados sociodemográficos e outras características relacionadas ao uso do álcool.  
In: **Revista ABP-APAL** 12 (1,2,3,4): 25-30, 1990

MADRIGAL, E., 1993. Patrones de Consumo del Alcohol y de Sustancias Psicoactivas en la Mujer. In: **Genero, Mujer y Salud en las Americas**, nº 541, E.E.U.U. - Organizacion Panamericana de La Salud.

MARLATT, G. A. (Org) **Redução de Danos – Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas: 1999.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. **Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde**. In: *Ciência e Saúde Coletiva* v.11 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2006

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 : descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.

PECHANSKY, et. al. Consumo de álcool em mulheres: preconceito? **Revista ABP-APAL**, v.10, n.3: 87-90, 1988.

PLASTINO, C. A. A Constituição do Sujeito Coletivo e a Questão dos Direitos Humanos. In: **Avessos do Prazer**. ASCELRAD, G. (org) Ed: FIOCRUZ: 2005.

QUEIROZ, I. S.. Os Programas de Redução de Danos como Espaços de Exercício da Cidadania dos Usuários de Drogas. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001, n4.

RAMOS, Sérgio de Paula; WOITOWITZ, Arnaldo Broll. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26 (supl 1), 2004: 18-22

ROCHA, S; FERREIRA, V. Reformas do Estado e seguridade social: o caso da saúde. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde da Família em Questão**. ABRASCO/UNFPA/Arbeit Factor, S. Paulo, 2005

SAÁD, Ana Cristina. **O discurso da droga e a droga na história de pacientes em tratamento no Brasil e nos Estados Unidos**, Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Instituto Brasileiro de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SOBRINHO, C.; CARVALHO, F; BONFIM, T. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos se Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 22(1), 2006.

XAVIER et. al. De 'passa-régua' a 'pé-inchado' – poder e dor no trajeto de um alcoolista. **J. Bras. Psiquiatr.**, 47, 3: 125-130, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004. **Global Status Report on Alcohol 2004**

Disponível em:

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)

## *Anexos:*

### **Termo de consentimento livre e esclarecido – Entrevista**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que faz parte de uma pesquisa de mestrado desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. O objetivo desta pesquisa é compreender o funcionamento e os benefícios do grupo de mulheres TransmUTAção a partir da opinião das usuárias do grupo.

Você foi escolhida para participar desta pesquisa por estar inserida em atividades do grupo e por fazer parte dele por mais de um ano, estes são os critérios para poder realizar a entrevista. Sua participação na pesquisa consiste em responder livremente a perguntas que serão feitas, e a entrevista será de aproximadamente 2hs (duas horas). A entrevista é individual, e será realizada por mim em ambiente fechado e isolado de ambiente público. A entrevista será gravada em fita e em MP3 e as informações gravadas serão somente utilizadas para fins de pesquisa científica, ou seja, para a elaboração da tese de mestrado, não tendo nenhuma outra utilização. A pesquisa é anônima, seu nome não será revelado em momento algum, e sua privacidade será garantida. Sua participação, assim como as informações que você fornecer ao longo da entrevista não permitirão sua identificação de nenhuma forma em nenhuma etapa divulgada do projeto, na dissertação, em estudos decorrentes dos dados coletados por meio desta pesquisa depois de publicada, ou em qualquer outro tipo de material publicado.

Sua participação é opcional, você não tem qualquer obrigação de participar caso não queira. Caso concorde em participar, você tem total liberdade para interromper a entrevista a qualquer momento, sem riscos, constrangimentos, punição ou qualquer tipo de prejuízo para você, inclusive quanto ao seu tratamento. Além disso, nenhum outro profissional de saúde da UTA ou de qualquer outro serviço terá acesso ao que for dito durante esta entrevista e as informações que você fornecer não influenciaram de forma alguma o acesso e a qualidade do seu tratamento.

Durante a entrevista eu poderei fazer algumas anotações. Tanto a gravação/o registro da entrevista, bem como qualquer anotação no momento ou após a entrevista será manejado somente por mim, pesquisadora responsável. Também a transcrição de cada entrevista será realizada somente por mim, e nenhuma outra pessoa terá acesso a este material. O conteúdo gravado ficará sob meus cuidados exclusivos.

Assim que a pesquisa terminar e for publicada, as gravações serão destruídas (fitas e arquivos MP3). Outros materiais que contenham anotações realizadas durante a, assim como a transcrição das mesmas, ficarão somente sob meus cuidados, sendo arquivados em local onde somente eu terei acesso. Outras futuras publicações que venham a utilizar dados desta pesquisa se utilizarão somente dos dados da tese já publicada, não tendo acesso a essas anotações e às transcrições.

Estas entrevistas poderão ajudar a compreender mais profundamente o trabalho do grupo de mulheres TransmUTAção e poderão ajudar também a planejar melhor futuras atividades e ações deste grupo. Quando a pesquisa estiver finalizada e o curso de mestrado terminado, eu, a pesquisadora responsável, vou me reunir com todas as participantes para conversar sobre os estes resultados do seu estudo.

Esta entrevista só se realizará após a leitura deste termo de consentimento e após você estar ciente e concordar com as condições de realização. Sua autorização para realização desta entrevista só poderá se dar após esta concordância, que será feita através de sua assinatura deste termo ao final da leitura. Lembro que sua participação é opcional e

tudo que você disser nesta entrevista será utilizado somente para fins de pesquisa científica, não havendo nenhuma forma de identificá-la.

Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte à entrevistadora, que ela poderá esclarecer.

Declaro estar ciente e que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “O fundo do ‘poço’ pode se transformar em fundo de ‘posso’: trabalho com um grupo de mulheres alcoolistas na perspectiva de Redução de Danos”, e aceito participar dela.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

-----  
Nome da Participante (assinatura acima)

-----  
Nome da pessoa que obteve consentimento (e que fez a abordagem no grupo)

Nome da pesquisadora: Letícia Costa Barbosa  
Tel UTA: 25423049 ramal 2044 2045  
Tel DCS-ENSP: 2598-2644

## **Roteiro de Entrevista**

### **CÓDIGO:**

**Observações sobre a aplicação da entrevista:**

**DATA:**

**HORA:**

**TEMPO DE DURAÇÃO:**

**LOCAL DE REALIZAÇÃO:**

### **Dados Sócio-Demográficos**

1. Nome (pseudônimo)
2. Data de nascimento
3. Cor (autodefinida)
4. Nível de instrução (ainda estuda?)
5. Profissão
6. Quantos casamentos? Quanto tempo o último?
7. Atual estado conjugal
8. Têm filhos, quantos? De que idade/s?
9. Com quem mora? Renda mensal da casa/família

### **Trabalho**

10. Trabalha (ou já trabalhou) fora/com alguma remuneração? Em quê?  
Remuneração pessoal mensal (se a resposta for não passar para a questão 15)
11. Com que idade começou a trabalhar?  
Como foi isto?
12. E como é/era conciliar esta atividade com o trabalho doméstico?
13. Quais eram as dificuldades?
14. Se em algum momento deixou de trabalhar, quais foram os motivos?
15. Pra você, qual a importância de trabalhar fora? Caso Trabalhe, ou se pretende trabalhar, qual a sua motivação? É por que quer ou porque precisa?

16. E quais são as suas expectativas com relação de se inserir ou se manter no mercado de trabalho? O que você pensa em fazer daqui pra frente?
17. O que significa para você ser mulher no mundo/nos dias de hoje?
18. E Como você se vê enquanto mulher?

### **Histórico com bebida**

19. Com que idade você começou a beber? E como foi? (o contexto: onde, ocasião, com quem, motivação)
20. Você se lembra de como se sentiu?
21. Quando você achou que precisava procurar tratamento pela primeira vez? Qual o motivo?
22. Onde foi e há quanto tempo? Como você se sentia?
23. Como foi? Acha que ajudou? Por quê?
24. Alguma vez encontrou dificuldade para se tratar? Onde? E por quê? Quais foram as dificuldades?
25. Você tem algum um motivo especial que te leva a beber? Ou alguma situação? Como é isto?
26. Você tem vontade de beber sem algum motivo especial? Como é a vontade de beber?
27. Como você se sente quando bebe? O que você sente?
28. Você acha que a bebida interfere na sua vida? Como? O que é problemático para você?
29. E você acha que você beber interfere na sua vida com outras pessoas que convivem com você (relações, casamento, filhos, trabalho)? Como?
30. E enquanto você está se tratando, frequentando o tratamento, você bebe /tem recaída? E o que você faz quando isso acontece? Você abandona ou pede ajuda a alguém?
31. E se você percebe que vai recair, que vai beber, você faz alguma coisa antes que isso aconteça? (para saber se pede ajuda antes de recair)
32. Há algo que você faça para controlar o impulso para beber?

33. Como você se sente quando está muito tempo sem beber?
34. Você tem alguma motivação para ficar sem beber?
35. Pra você, que efeito o tratamento tem sobre você beber ou não beber?
36. O que você pensa sobre os tratamentos que exijam que a pessoa esteja em abstinência para entrar no tratamento/para se tratar? Qual é a sua opinião sobre isso? Citar o AA como exemplo.
37. Já sofreu ou sofre algum preconceito por causa da bebida? Como é isto?
38. No caso de pessoas que sofrem de alcoolismo, você acha que há diferença na motivação de homens alcoolistas e mulheres alcoolistas para beber? Se sim, o que é diferente? E porque? Como é isto?
39. E no sofrimento, é diferente para homens e mulheres?
40. E você acha que um homem e mulher que bebem (alcoolista) são vistos socialmente/pela sociedade de forma diferente? Se sim, como? E porque?
41. Dos tratamentos que procurou/freqüentou (SEM SER A UTA), acha que tinha diferença entre a atenção dada a mulheres e homens? Quais?
42. Se sim, você vê alguma razão para isso?
43. E na UTA, você acha que a atenção dada a homens é diferente do que a atenção dada às mulheres? Se sim, o que é diferente, e em que partes do tratamento – internação, ambulatório e/ou hospital dia?
44. Se sim, você vê alguma razão para isso?
45. Você acha que o tratamento tem que/DEVE ser diferenciado para homens e mulheres alcoolistas? Como? Por quê?
46. Como você se vê enquanto mulher que bebe?
47. Você acha que o alcoolismo vivido por mulheres hoje em dia tem a ver com condições e exigências de vida da mulher no mundo de hoje? Como? Porque?

### **Tratamento e grupo de Mulheres**

48. Como você chegou à UTA? Como tomou conhecimento do serviço? Começou há quanto tempo? Qual motivo da chegada? E como foi?
49. Participa de quais atividades na UTA além do grupo de mulheres e oficina de bijuteria (ambulatório – terapia e atendimento psiquiátrico, oficinas do hospital dia que não estejam relacionadas ao grupo de mulheres)?

50. Atualmente, participa de outros serviços de enfrentamento do alcoolismo além da UTA? Se sim, quais? Para que?
51. Como foi sua entrada no grupo de mulheres TransmUTAção, este em que discutimos do trabalho (não é o de terapia com a Dra Flávia)?
52. Você acha que este trabalho do grupo de mulheres TransmUTAção é diferente dos outros tratamentos da UTA (da terapia, ambulatório, outras oficinas)? Por quê? Quais as diferenças?
53. De quais trabalhos do grupo de mulheres – TransmUTAção - você participou/participa?
54. E quais trabalhos deste grupo você considera mais importantes? Por quê?
55. Você participa/participou de algum trabalho com apresentação ou interação com o público (citar os trabalhos das oficinas de papel e compostagem nas feiras de ciência – e o grupo vocal)?
56. Qual a importância para o grupo, comparado com outros projetos que não interagem com o público?
57. E qual importância para você, para o seu tratamento? Para a sua vida?
58. E você acha que esses trabalhos causam algum impacto nas pessoas que assistem aos trabalhos do grupo de mulheres? Qual? Porque?
59. Como foi sua participação, foi só na oficina – preparação do trabalho, ou também interagiu com o público? E como foi essa experiência pra você?
60. Você participa da oficina de bijuteria? Como: monta, vende, ensina? Há quanto tempo você participa?
61. Que importância você acha que essa oficina tem para o grupo?
62. E para você, pra sua vida?
63. Qual a importância do grupo de mulheres?
64. Você já encontrou ou encontra alguma dificuldade em participar? Se sim, qual?
65. Você tem alguma crítica ao trabalho do grupo, ao seu funcionamento?
66. Que projetos você acha que o grupo deveria desenvolver? Tem alguma sugestão?
67. Hoje em dia, para que você se trata? O que você procura em um tratamento?
68. Em sua opinião, o que é um bom tratamento? O que ele precisa? Por quê?

69. Defina alcoolismo, o que é?

70. Você vê da mesma forma que via antes de entrar no grupo?

71. Defina Saúde, o que é?

72. Você vê da mesma forma que via antes de entrar no grupo?

73. Como você descreveria hoje seu estado de saúde?