

**Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Ana Lúcia Martins

**Investigando possíveis relações entre alcoolismo, sofrimento
psíquico e violência intrafamiliar na perspectiva de mulheres
atendidas pela Saúde da Família**

**Botucatu
2012**

Ana Lúcia Martins

**Investigando possíveis relações entre alcoolismo, sofrimento
psíquico e violência intrafamiliar na perspectiva de mulheres
atendidas pela Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferreira Martins.

Apoio: CAPES

**Botucatu
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Martins, Ana Lúcia.

Investigando possíveis relações entre alcoolismo, sofrimento psíquico e violência intrafamiliar na perspectiva de mulheres atendidas pela Saúde da Família / Ana Lúcia Martins. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Capes: 40600009

1. Alcoolismo. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3. Política de Saúde Mental. 4. Violência familiar – Aspectos psicológicos. 5. Agressividade (Psicologia).

Palavras-chave: Alcoolismo; Psicologia histórico-cultural; Saúde da família; Saúde mental; Sofrimento psíquico; Violência intrafamiliar.

Dedicatória

À Maisa, que mesmo sem
saber, foi incentivadora de grande
parte das minhas buscas.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres participantes deste trabalho, que nos confiaram as suas histórias.

À equipe da Unidade de Saúde da Família, principalmente às ACS pelo auxílio no desenvolvimento desta pesquisa.

À Prof^a Sueli Terezinha Ferreira Martins, pelo incentivo, pela sua dedicação, proximidade e compreensão em todas as etapas desta construção.

Aos membros Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Pública e Mental na Atenção Primária do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da UNESP de Botucatu, pelas discussões com seus diferentes olhares sobre a saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família e pela contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos integrantes da ABRAPSO dos Núcleos *Cuesta* e Bauru e também do Grupo de Estudos e Pesquisas NEPPM, e aos professores da graduação que, pelas leituras e discussões promoveram questionamentos que contribuíram no pensar sobre o compromisso da Psicologia Social.

Aos meus irmãos Daniele Martins e André Luiz Martins, por acreditarem em mim e pelo incentivo nos momentos decisivos, sempre.

Ao Tiago, companheiro de todos os momentos, pela escuta, confiança e apoio, e por compreender os inúmeros momentos de ausência.

Às amigas Juliana Roman e Karen Batista pela amizade e companheirismo imprescindíveis.

Aos amigos da pós-graduação Rosimeire Aparecida Manoel, Vinicius Humberto Nunes, Marcos Rogério Ballesterio e Carlos Alexandre Kagawa. Sem vocês o mestrado não seria o mesmo.

Aos amigos Flávia Kasburgo, Renata Tavares de Lacerda, Rodrigo Gomes do Amaral, Juliana Eburneo, Paulo Rigatto, Marcelo Marques, aos amigos da graduação e tantos outros que fizeram com que as viagens para Bauru fossem mais alegres e que, com o tempo, passaram a fazer parte da minha história.

Ao Wagner Barboza, funcionário do departamento de Saúde Pública, pelas diversas contribuições e disponibilidade.

Aos funcionários da Biblioteca da UNESP do Campus de Botucatu, pelo auxílio na adequação e revisão das normas técnicas nesse trabalho.

Às Profas. Dras. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira e Margarida Maria Silveira Barreto, pelas valiosas contribuições e sugestões no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Osvaldo Gradella Júnior e novamente a Prof^a Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira pelas considerações no exame de defesa da dissertação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES – pela concessão de bolsa de estudos.

Com açúcar, com afeto, fiz seu doce predileto
Pra você parar em casa, qual o quê!
Com seu terno mais bonito, você sai, não acredito
Quando diz que não se atrasa
Você diz que é um operário, sai em busca do salário
Pra poder me sustentar, qual o quê!
No caminho da oficina, há um bar em cada esquina
Pra você comemorar, sei lá o quê!
Sei que alguém vai sentar junto, você vai puxar assunto
Discutindo futebol
E ficar olhando as saias de quem vive pelas praias
Coloridas pelo sol
Vem a noite e mais um copo, sei que alegre ma non troppo
Você vai querer cantar
Na caixinha um novo amigo vai bater um samba antigo
Pra você rememorar
Quando a noite enfim lhe cansa, você vem feito criança
Pra chorar o meu perdão, qual o quê!
Diz pra eu não ficar sentida, diz que vai mudar de vida
Pra agradar meu coração
E ao lhe ver assim cansado, maltrapilho e maltratado
Como vou me aborrecer? Qual o quê!
Logo vou esquentar seu prato, dou um beijo em seu retrato
E abro os meus braços pra você.

Com Açúcar, Com Afeto

Composição: Chico Buarque de Hollanda, 1966.

MARTINS, A.L. **Investigando possíveis relações entre alcoolismo, sofrimento psíquico e violência intrafamiliar na perspectiva de mulheres atendidas pela Saúde da Família.** 2012. 204f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2012.

RESUMO

A Atenção Primária tem sido chamada a cuidar de demandas em saúde mental relacionadas com vulnerabilidade social, pessoas egressas de internação psiquiátrica, uso abusivo de substâncias psicoativas, violência, dentre outros que se colocam atualmente como desafio às equipes de saúde e entraves à saúde das famílias. Este trabalho discute as necessidades da população no campo da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se apresentam como sofrimento psíquico associado ao alcoolismo e a violência intrafamiliar (VIF). Referenciamos-nos na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, subsidiada pelos pressupostos teóricos e metodológicos do Materialismo Histórico e Dialético. O estudo foi realizado com quatro mulheres na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF). A história de vida foi utilizada como recurso metodológico por meio de entrevistas semiestruturadas e contou com oito eixos norteadores: origem, escolaridade, história de trabalho; posição social e econômica; crenças religiosas; relacionamento familiar; saúde e hábitos, participação em grupo. Foram utilizados ainda a leitura de prontuários e um questionário com dados gerais para caracterização das participantes. A análise do conteúdo das entrevistas foi pautada na identificação de núcleos de significações. Em relação à origem e explicação do processo de adoecimento emergiram os núcleos: concepção científica do fenômeno: o alcoolismo como doença; concepção pautada no caráter: o alcoolismo como ruindade; concepção metafísica: o destino. Com o aprofundamento da análise foi possível identificar os significados atribuídos ao alcoolismo e suas consequências: como impeditivo ao trabalho; como desencadeador da VIF; como provocador de sofrimento psíquico e ainda, a partir do agravamento da saúde dos companheiros, a mulher assume o papel de cuidadora, entendendo que o cuidado é seu dever. As tentativas de enfrentamento ao alcoolismo e à VIF incluem: permanecer na relação: ruim com ele, pior sem ele; a expressão de raiva expressando as mudanças afetivas e a emergência de sentimentos negativos nas relações; o acionamento da força policial abortado pela retirada da queixa. Os agravos à saúde estão entre os motivos para o abandono do uso de bebidas alcoólicas. Por fim, apresentam o grupo de mulheres, vinculado à USF, como o único espaço para a expressão de sentimentos, como espaço de identificação com outras mulheres e como gerador de novas relações afetivas, configurando como rede de suporte social, o que evidencia a necessidade da oferta de estratégias não restritas ao atendimento individual e às visitas domiciliares. Estratégias que incluam o homem tornam-se necessárias ao compreender que este igualmente necessita de cuidado em saúde. Abordagens que tomem a família como unidade da atenção ainda se configuram como ideal a ser conquistado. Ressaltamos a importância de investigar as queixas inespecíficas apresentadas pelos usuários que podem se constituir em sofrimento psíquico. Identificamos clara vinculação de processos psicossociais ao adoecimento, o que exige considerar as condições concretas de vida dos sujeitos, rompendo com práticas tradicionais, e/ou medicalizantes da vida cotidiana. Evidenciou-se, ainda, a necessidade de investimento em formação continuada aos profissionais possibilitando maior resolubilidade às demandas de saúde na atenção primária de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-Chaves: Saúde da Família; Saúde Mental; Alcoolismo; Sofrimento psíquico; Violência intrafamiliar; Psicologia Histórico-Cultural..

MARTINS, A.L. **Investigating possible relationships among alcoholism, psychic suffering and intrafamily violence from the perspective of women served by Family Health.** 2012. 204f. Dissertation (Mastering in Collective Health) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2012.

ABSTRACT

The Primary Attention has been called to take care of demands in mental health related to social vulnerability, people from psychiatric internment, abusive usage of psychoactive substances, violence, among other that are like challenge to health teams and obstacle to family health. This work discusses the population necessities in the mental health field in Family Health Strategy (FHS) that shows under the psychic suffering related to the alcoholism and intrafamily violence (IFV). We mention in perspective of Historic-Cultural Psychology, subsidized by the theoretical and methodological assumptions of Historic and Dialectic Materialism. The study was made with four women in the covering area of a Health Care Center (HCC). Health Family Unity (HFU). The life history was used as methodological resource by semi-structured interviews based on eight guidelines: birth place, level of education, previous job; social and economic position; religious beliefs; family relationship; health and habits, group participation. The reading of patient records and a questionnaire with general data for characterization of the participants were still used. The analyses of the interviews were based in the identification of meaning nucleus. In relation to the origin and explanation of the process of illness raised the nucleus: phenomenon scientific conception: the alcoholism while sickness; conception based in the character: the alcoholism as wickedness; metaphysics conception: the fate. In a deeper analysis, it was possible to identify the meanings attributed to the alcoholism and its consequences, for instance, as a restrain to work; as a trigger of IFV and psychic suffering and, from the health disorder of the companions, the woman assumes the role of keeper, understanding the care is your duty. Attempts to confrontation to the alcoholism and IFV include: to keep in the relation: bad with him, worse without him; the anger expression by expressing affective changes and the emergence of negative feelings in relationships; the actuation of the police force aborted by the withdrawal of the complaint. The health problems are some of the reasons to give up the usage of alcoholic beverages. Finally it is shown the group of women, linked to FHC, as the unique space for the feeling expression, as a space of identification with other women and as a generator of new affective relationship, acting as social support net, which evidences the necessity of non-restricted strategy offering to individual service or home visiting. Strategies that include the man become necessities to understand that, this one equally needs health care. Issues that take the family like unit of attention still form as an ideal to be conquered. We emphasize the importance of investigating the unspecific complaints submitted by users that may constitute in psychic suffering. We identify clear linking with psychosocial processes to the health-disease process, which requires considering the concrete conditions of life of the subjects, breaking with traditional practices, and / or medicalization of everyday life. We also evidenced, the need for investment in continued education for professionals enabling greater resoluteness to health demands in primary care in accordance with the Single Health System (SHS) and Psychiatric Reform principles.

Key-Words: Family Health; Mental Health; Alcoholism; Psychic Suffering; Intrafamily Violence; Historic-Cultural Psychology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Caracterização geral das entrevistadas	99
Quadro 2 –	Núcleo de Significações	106

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS = Agente Comunitário de Saúde

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi = Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

CEBRID = Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

CONASS = Conselho Nacional de Secretários de Saúde

[E] = Entrevistadora

ESF = Estratégia Saúde da Família

FMB = Faculdade de Medicina de Botucatu

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS = Organização Mundial da Saúde

OPAS = Organização Panamericana de Saúde

SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS = Sistema Único de Saúde

TMC = Transtornos Mentais Comuns

UBS = Unidade Básica de Saúde

UNESP = Universidade Estadual Paulista

USF = Unidade de Saúde da Família

VIF = Violência Intrafamiliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
I – INTRODUÇÃO	16
1.1. O impacto do alcoolismo na violência Intrafamiliar	16
1.2. A produção social da violência: aspectos conceituais.....	32
1.2.1. A violência intrafamiliar	41
1.2.2. Violência e gênero e a mulher em situação de violência	43
1.2.3. Da violência que se apresenta à Saúde Coletiva	53
1.2.4. A violência como impedimento à liberdade	56
1.2.5. Violência como violação dos Direitos Humanos fundamentais.....	60
1.3. Sofrimento Psíquico ou Difuso	62
1.4. Estratégia de Saúde da Família.....	66
1.4.1. A Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.....	68
II – OBJETIVOS	75
2.1. Objetivo Geral	75
2.2. Objetivos Específicos.....	75
III – METODOLOGIA	76
3.1. A abordagem Histórico-Cultural	76
3.1.1. História de vida	87
3.2. Desenvolvimento da Pesquisa e Procedimentos Metodológicos	91
3.2.1. Campo de pesquisa.....	91
3.2.2. Origem e caracterização da USF.....	91
3.2.3. Contato com a equipe de trabalhadores da equipe da USF.....	92
3.2.4. Definição dos participantes da pesquisa.....	92
3.3. Coleta de dados	93
3.3.1. Construção dos Instrumentos de Pesquisa.....	93
3.3.2. Planejamento da coleta de dados via entrevista	94
3.3.3. Realização das Entrevistas.....	94
3.4. Questões Éticas	96

IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	97
4.1. Dados e análise de prontuário	97
4.2. Dados gerais das entrevistas	97
4.3. Síntese das Histórias de vida das participantes da pesquisa	99
4.3.1. <i>Rita</i>	99
4.3.2. <i>Carolina</i>	101
4.3.3. <i>Bárbara</i>	102
4.3.4. <i>Iolanda</i>	103
4.4. Análise dos núcleos de significação	105
 V – ENCAMINHANDO CONCLUSÕES	 182
 REFERÊNCIAS	 186
 APÊNDICES	 201

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é uma síntese dos estudos realizados tomando-se por base nossas inserções em vários espaços, entre eles o ingresso no mestrado e experiências que dele resultaram e de outras que o antecederam.

Durante o curso de graduação em Psicologia na UNESP de Bauru, tivemos a oportunidade de conviver com professores da Psicologia Social que nos apresentaram, em suas disciplinas, uma nova concepção de mundo, de desenvolvimento humano e de possibilidades de atuação profissional. A aproximação com a Psicologia Social, mais especificamente na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, permitiu a busca pela compreensão da sociedade, oportunidade de discutirmos os rumos da Psicologia, no entendimento de que esta psicologia deve estar comprometida com as questões sociais e com a transformação da realidade.

O interesse pela área da Saúde Pública e Mental passou a existir de forma mais específica no ano de 2006, na disciplina Saúde Pública e Saúde Mental, ministrada pelo professor Dr. Osvaldo Gradella Junior. Neste ano, realizamos nossa primeira pesquisa, desenvolvendo projeto de extensão universitária sobre a “Saúde dos trabalhadores de um bairro do município de Bauru”.

Em 2007, em contato com a Prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferreira Martins, atual Orientadora de Mestrado, passamos a participar de reuniões do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Pública e Mental na Atenção Primária do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da UNESP de Botucatu, do qual participamos ainda hoje.

A inserção no grupo permitiu a apropriação das discussões que abordavam a Saúde Mental na Atenção Primária, Reforma Psiquiátrica e Formação em Saúde Mental. Integramos também o projeto de pesquisa: “Estratégias de formação e intervenção em Saúde Mental junto a equipes do Programa Saúde da Família”, no qual desenvolvemos levantamento das necessidades de cuidado em Saúde Mental da população de um bairro adscrito a uma USF. Este levantamento deu origem a um projeto de Iniciação Científica (IC) intitulado: “Estratégias de Saúde da Família e Saúde Mental: necessidades de cuidado da população na percepção dos agentes comunitários de saúde”. Mais tarde os dados encontrados no levantamento e os resultados da IC moveram o desejo por outra investigação, que deram origem ao projeto de mestrado.

A inserção nestes espaços se mostrou fundamental na nossa formação, contribuindo com experiências que fomentaram a busca pela compreensão do processo histórico e social de

construção do adoecimento. Permitiram a constatação das dificuldades pertinentes ao trabalho assim como das possibilidades que se colocam na área da saúde mental e das contribuições que a Psicologia Social, acreditamos, pode oferecer para o campo da Saúde Coletiva.

A definição do objeto de estudo da presente pesquisa partiu do levantamento preliminar realizado em 2007 (MARTINS et al., 2008). Neste levantamento¹ foram identificadas 367 pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental adscritas ao território da unidade de saúde da família em que foi realizada a pesquisa.

No que concerne aos problemas de saúde mental da população adscrita à USF, chamou a atenção a existência de mulheres com queixas que sugeriam sofrimento psíquico, totalizando 50,8% do total desta amostra com necessidades de cuidado em saúde mental. Além destes, somavam-se ainda mais 12% de pessoas em estados de ansiedade. Outros 32% apresentavam problemas relacionados ao alcoolismo, com maior prevalência masculina.

Percebeu-se que havia um número significativo de pessoas pertencentes às mesmas famílias com queixas que sugeriam a existência de violência intrafamiliar concomitante.

Nesse sentido, este trabalho investigou as necessidades de cuidado da população no campo da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se apresentam como sofrimento psíquico associado ao alcoolismo e a violência intrafamiliar presentes em uma mesma família.

A pretensão constituiu-se em compreender quais determinantes estariam contribuindo para que tantas famílias estivessem em situação de violência associada com o alcoolismo e qual seria o impacto dessa condição para a saúde mental dessa população.

Tais questionamentos relacionam-se diretamente com o cotidiano dos trabalhadores da área da saúde e com o nosso desejo de produção científica pautada na abordagem Histórico-Cultural, referenciada no Materialismo Histórico, que, como método na perspectiva transformadora da realidade, possibilita a apreensão de fenômenos relacionados à saúde mental.

Desse modo, na Introdução, realizamos a exposição da construção do problema. Para a melhor compreensão dos objetivos e das problematizações, julgamos pertinente, num primeiro momento, traçar um percurso que evidencie o problema desta pesquisa, concebendo o alcoolismo como o eixo central na sua constituição. A seguir, delineamos as implicações sobre a saúde mental da população referida que tem se apresentado como demanda por

¹ O levantamento das necessidades de cuidado em saúde mental da população foi realizado por meio de consulta a prontuários, indicação dos trabalhadores da unidade de pessoas que buscavam por tratamento em saúde mental, pela consulta ao livro de controle de fornecimento de psicotrópicos e pelo levantamento da população registrada no Sistema Municipal de Informações de Saúde (SIMIS).

cuidados em saúde mental na Atenção Primária, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em um segundo momento, apresentaremos os objetivos da pesquisa, bem como as bases metodológicas nas quais ela se fundamenta, ou seja, a análise de significação vigotskiana na abordagem Histórico-Cultural. À luz da Psicologia Histórico-Cultural, explicitaremos a concepção de homem adotada como referência e explanaremos como as relações entre alcoolismo, violência intrafamiliar e sofrimento psíquico se produzem, estabelecendo as relações que julgamos essenciais para a compreensão destes com a forma de organização da sociedade, qual seja o modo de produção capitalista engendrando os processos de formação da subjetividade e dos processos psíquicos superiores. Com isso, destacaremos os procedimentos metodológicos e a análise dos resultados, ressaltando as informações obtidas de acordo com o referencial teórico adotado, bem como as considerações finais diante do estudo.

I – INTRODUÇÃO

1.1. O impacto do alcoolismo na violência Intrafamiliar²

Com a finalidade de compreender o adoecimento dos sujeitos decorrente do alcoolismo e os impactos do fenômeno sobre a vida dos alcoolistas e de suas famílias, devemos incorrer na análise da relação histórica que os homens estabeleceram com o uso de bebidas alcoólicas, buscando identificar as modificações e transformações ocorridas no decurso dessa história.

Com base no entendimento da realidade humana como fenômeno dinâmico e que, portanto, se encontra em constante transformação, compreendemos que também a utilização do álcool nos diversos períodos históricos (sociedade primitiva, antiguidade clássica, idade média e sociedade atual) acompanha as modificações ocorridas nas formas como os homens, nesses períodos, produziram materialmente a vida. O modo como as necessidades culturais, entre elas o uso do álcool, são criadas, implica no desenvolvimento dos meios para satisfazê-las. Percorrer o caminho pelo qual se deu esse processo se mostra importante frente à necessidade de desmistificar a concepção anistórica de homem e do consumo de bebidas alcoólicas e suas implicações.

A ingestão de bebidas alcoólicas, assim como outras drogas, assume diferentes funções ao longo da história, tanto em âmbito social como religioso. Segundo Escohotado³ (1994), as antigas civilizações vinculavam o consumo de álcool (vinho) à religião (culto a deuses – como Dionísio da Grécia e Baco de Roma). (ESCOHOTADO, 1994).

Quando os homens tornaram-se agricultores, pastores e sedentários, as bebidas alcoólicas apresentam-se como resultado da fermentação natural de raízes, frutas e cereais. (ESCOHOTADO, 1994).

No século XII, com a descoberta do processo de destilação pelos árabes, foi possível a produção de bebidas com maior teor alcoólico, e a partir do século XVII o comércio e o consumo dos destilados se expandem, atingindo seu auge no século XIX. (ESCOHOTADO, 1994).

Algumas substâncias além do álcool eram utilizadas em determinadas culturas também pela função medicinal. Na Roma antiga era muito consumido o ópio, indicado seu uso diário

² Cabe ressaltar que não nos utilizamos de nenhum procedimento de investigação para diagnosticar o alcoolismo ou padrões de consumo de bebidas alcoólicas. Partimos das queixas verificadas em prontuários que apontavam problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e do relato das participantes da pesquisa.

³ Obra em idioma espanhol. As citações empregadas no texto foram traduzidas por nós.

para o alívio da dor ou como auxílio para dormir. Como a demanda era maior que a produção, a adulteração das substâncias era frequente, assim como ocorre hoje com alguns tipos de drogas. No Império Romano a venda do ópio era controlada e seu valor fixado. No ano 312 um censo revela que havia 793 tendas dedicadas a vender o produto, que sozinho representava 15% de toda arrecadação fiscal romana. (ESCOHOTADO, 1994).

De acordo com Escohotado (1994), ainda que o consumo de ópio fosse estimado em milhões de pessoas usuárias regulares, não há referência de problemas relacionados ao seu uso, seja de ordem pública ou privada, e não existiam nem casos clínicos nem eram seus usuários marginalizados socialmente.

o costume de tomar esta droga não se distingue de qualquer costume – como madrugar ou ficar acordado até tarde, fazer muito ou pouco exercício, passar a maior parte do tempo dentro ou fora de casa – daí que não havia em latim a expressão “opiômano”, ao passo que há ao menos uma dezena de palavras para designar ao dipsomaníaco ou alcoolista. (ESCOHOTADO, 1994, p. 22-23).

As drogas estiveram e estão presentes em diferentes tempos e espaços. Lícitas e ilícitas fazem parte do cotidiano e a sua proibição ou sua legalização estão relacionadas aos interesses da sociedade e contexto social, político e econômico vigente.

Escohotado (1994) lembra que mesmo os romanos sendo bastante afeitos a beber, em 186 a.C., o cônsul Espúrio Postúmio empreendeu em perseguição de pessoas ligadas ao culto de Baco. Séculos mais tarde, passa a perseguir os cristãos, cujo culto religioso também está muito ligado ao vinho. (ESCOHOTADO).

O uso de álcool, assim como de outras drogas psicoativas, como vimos, é realizado pelas sociedades durante toda a história da humanidade, permeando distintas cerimônias, festas, ritos, passagens, presente em diferentes culturas, religiões, costumes, hábitos, gerações e contextos sociopolíticos⁴.

O álcool é considerado uma droga psicotrópica por atuar no sistema nervoso central e provocar mudança de comportamento. Seu consumo em longo prazo pode, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, gerar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. (CARLINI et al., 2001; ALMEIDA ; CAMPOS, 2009). Nos primeiros instantes após a ingestão do álcool, se fazem presentes efeitos estimulantes como a euforia, a desinibição e a loquacidade (maior facilidade para falar). Com o passar do tempo passam a existir efeitos depressores, como a falta de coordenação motora, descontrole e sono. (CARLINI et al., 2001).

⁴ Para o aprofundamento sobre a história e desenvolvimento dos processos de produção e consumo de álcool e de outras drogas recomendamos a leitura de Escohotado (1994) e Moraes (2011).

As discussões sobre o uso de substâncias psicoativas é permeada por questões de natureza sociocultural, ética, moral, jurídica, econômica e recentemente tem merecido a preocupação do campo da saúde pública.

No Brasil, o levantamento realizado em 2001, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID nas 107 maiores cidades do país revelou que 68,7% da população já consumiram bebidas alcoólicas durante a vida. Um dado importante demonstrado por esta pesquisa é que 48,3% da população entre 12 e 17 anos já fez uso de bebida alcoólica. Quanto à dependência do álcool, a pesquisa revelou que 11,2% daqueles que consomem bebidas alcoólicas são dependentes do álcool. (CARLINI et al., 2002).

Em 2005 foi realizado também pelo CEBRID o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em cidades com mais de 200 mil habitantes (108 maiores cidades). Os dados indicaram um aumento da porcentagem da população que faz uso de droga na vida, excluindo tabaco e álcool, sendo 19,4% no ano de 2001 elevando-se para 22,8% em 2005. O uso na vida de álcool em 2005 correspondeu a 74,6% dos entrevistados. A título de comparação com o uso de outras substâncias, temos: tabaco 44%, de maconha 8,8 %, Benzodiazepínicos 5,6%, Estimulantes 3,2%, Solventes 6,1 %, Cocaína 2,9 %, Orexígenos 4,1% e Xaropes à base de Codeína 1,9%. Estimou-se que o número de usuários de *Crack* seja em torno de 0,1% a 0,2% da população geral. A partir dos resultados encontrados, estima-se que há 12,3% de pessoas dependentes de álcool no Brasil. (CEBRID, 2006).

Foi instituído em 2010 o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, priorizando o *crack* em detrimento as demais drogas, embora o documento não ignore as demais. (BRASIL, 2010a). Em dezembro de 2011 foi anunciado um conjunto de ações integradas do governo federal para enfrentar o *crack* e outras drogas – “*crack*, é possível vencer”, podendo ser notados avanços e retrocessos sobre a questão. Com investimento de R\$ 4 bilhões da União e articulação com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, a iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas, além de ampliar as ações de prevenção. (BRASIL, 2011a)

O texto “Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/*Crack* no Sistema Único de Saúde - Texto preliminar destinado à consulta pública” (BRASIL, 2010b), enfatiza o papel da atenção básica como porta de entrada do usuário de álcool e outras drogas, que, em articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode realizar

consultas, ações de Promoção da Saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), oficinas, ações de redução de danos, oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede social de cuidado (CRAS, CREAS), oferta de inserção na rede de atenção. (p. 10).

Apesar de o documento focar a discussão sobre os cuidados de usuários de substâncias psicoativas especialmente o de *crack* e de Cocaína, aborda ainda ações que devem incluir os usuários de álcool e outras drogas, e propõe a criação de dispositivos de cuidado intensivo e atenção integral como a implantação de Pontos de Acolhimento, Projetos de Consultório de Rua, Casas de Acolhimento Transitório. Todos estes dispositivos devem, entretanto, atuar de forma integrada aos demais equipamentos de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospital geral, unidades básicas de saúde com ou sem saúde da família, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outros recursos intersetoriais.

Em consonância com este documento, é promulgada em dezembro de 2011 a Portaria Nº 3.088, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). A Portaria reafirma, considerando as recomendações do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, a preocupação em instituir a Rede de Atenção Psicossocial preconizando a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011c)

Esta ampliação da rede é pautada, sobretudo, em diretrizes constituintes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial como o respeito aos direitos humanos, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, o combate a estigmas e preconceitos, e desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos. A ênfase está em que o cuidado aconteça em serviços de base territorial e comunitária, e tem como eixo central a construção do projeto terapêutico singular e a participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

A expansão da rede em saúde mental se faz necessária, de acordo com a referida Portaria, para que esta seja capaz de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral. Em seu Art. 5º, o documento considera a Rede de Atenção Psicossocial constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
 - II - Atenção Psicossocial Especializada;
-

- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VI - Reabilitação Psicossocial

A Portaria 3088/2011 e o texto “Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde - Texto preliminar destinado à consulta pública” de 2010 ressalta a necessidade de que, para o cuidado efetivo dos usuários de álcool e outras drogas, empreenda-se o esforço para a articulação em rede e ampliação desta com a criação ou fortalecimento dos Centros de Convivência, NASF, CAPS, unidade básica de saúde, os consultórios de rua, SAMU, unidades de acolhimento, serviço hospitalar e outros equipamentos. (BRASIL, 2010b; 2011b)

Dados do CEBRID (2006) expõem um aumento expressivo da dependência do álcool na população, além do aumento do número de pessoas que já consumiram bebidas alcoólicas durante a vida. No que se refere às implicações do uso abusivo de álcool sobre a saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a) afirma que:

Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população. [...] vemos que o sistema assistencial privilegia as pessoas mais acometidas, nos dispositivos de atenção hospitalar. [...] o tempo médio entre a detecção de problemas [...] a busca efetiva por cuidados pode chegar a cinco anos, evidenciando consequências diretas/indiretas da falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou da ausência de efetividade das mesmas”. (p. 2).

A extensão do uso de álcool preocupa ainda pelos fortes indícios do uso das bebidas alcoólicas associado a prejuízos no trabalho, nas relações familiares, afetivas e sociais e para a saúde mental como consequências do uso prolongado da substância. (CEBRID, 2006).

Entre os usuários de bebidas alcoólicas, ainda de acordo com o CEBRID (2006), 7,3% das pessoas afirmaram que, estando sob seu efeito, já se envolveram em situações de risco físico (dirigir, pilotar moto, usar máquinas, nadar); 7,9% referem já ter apresentado problemas pessoais em virtude do uso de álcool. Entre a população masculina esta estimativa aumenta para 12,2% dos homens. Ao analisar os dados de indivíduos que relatam desejar abandonar ou diminuir o consumo de bebida alcoólica, encontramos 11,4% das pessoas. (CEBRID, 2006).

O álcool é uma substância lícita com ampla aceitação e seu uso é ainda incentivado socialmente (CARLINI et al. 2001). Seu uso abusivo e prolongado, entretanto, pode trazer agravos à saúde e, além da dependência, está associado ao desenvolvimento de doenças

crônicas e degenerativas como doenças coronarianas, câncer, diabetes, cirrose hepática, e doenças do sistema nervoso central.

O consumo da substância tem sido ainda frequentemente apontado como importante fator de risco para o envolvimento em comportamentos que colocam a saúde individual e coletiva em risco e em situações de violência, como a violência contra a mulher. Acredita-se que o consumo da substância

pode reduzir as inibições e afetar tanto a capacidade de emitir julgamentos como de interpretar sinais, precipitando casos de violência sexual e outras violências perpetradas por parceiros íntimos. Beber também aumenta a vulnerabilidade das mulheres, por dificultar sua percepção dos sinais de perigo e sua capacidade de reagir. (BRASIL, 2007a, p. 101).

Considerar a relação entre álcool e violência implica refletir sobre um fenômeno complexo pela própria naturalização tanto do consumo de álcool como da violência. Apesar de não se poder traçar uma relação de causalidade linear entre o consumo de álcool e o comportamento agressivo ou a violência, há geralmente a vinculação do álcool como determinante da violência masculina contra a mulher. Tal associação pode restringir a compreensão e a atuação em vista desta situação, pois a tendência histórica de vinculá-los pode estar se constituindo num entrave para a efetivação de uma política pública eficaz na superação do que pretende romper. O álcool está presente em grande parte dos eventos violentos

mas uma questão que não está suficientemente explicada é se a presença de álcool ou drogas nos eventos violentos permite inferir que elas tenham afetado o comportamento das pessoas envolvidas. Noutras palavras, não é possível saber se essas pessoas em estado de abstinência não teriam cometido as mesmas transgressões. [...] apenas o que nos é possível inferir é a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou outras drogas estão presentes durante os atos violentos, ou em ambas as partes. (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 37).

Preocupa-nos, sobremaneira, compreender os motivos que tem levado tantas pessoas à dependência de álcool, além de outras drogas. O beber se torna parte da vida social dos indivíduos desde muito cedo e o significado social do beber revela motivos que vão além do consumo recreacional de substâncias psicoativas. Ainda que seus malefícios à saúde sejam visíveis, não podemos esquecer que elas proporcionam prazer aos usuários e, acima de tudo, servem de anestésico perante o mal-estar que cada um e os coletivos vivem na contemporaneidade⁵. (CONTE et al., 2004).

⁵ Vecchia e Martins (2009) ressaltam a importância de romper com a perspectiva simplista de resumir as *dificuldades da vida cotidiana* a um *conflito psicológico*. Essa simplificação de acordo com os autores, grosseira, caracteriza-se no que nas décadas de 1960 e 1970, foi denominada “psicologização” dos problemas sociais.

Recorrer a substâncias psicoativas estaria relacionado às demandas sociais atuais tendo em vista que as sensações físicas ou psicológicas desagradáveis que no passado eram consideradas como partes da vida, hoje são consideradas, cada vez mais, como sintomas de doenças. Eventos como insônia, tristeza e diminuição do apetite sexual se transformam em diagnósticos: distúrbio do sono, depressão, e disfunção sexual. (SCHWARTZ, et al., 2008).

Nesse sentido, vemos que, se por um lado cada vez mais se recorre ao uso de álcool e outras drogas em consonância com as expectativas sociais, por outro, os medicamentos são amplamente prescritos, corroborando para a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana. A esse respeito, Tesser (2006) considera que a medicalização é um processo de “expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”. (p. 348).

De acordo com Boarini e Yamamoto (2004), a medicalização é o cerne do pensamento higienista. Afirmam os autores que

nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, as explicações de caráter higienista e eugenista, também contribuíram para dar forma e sustentação a diferentes formas de encaminhamentos das instituições brasileiras, no caso, circunscrevendo nossa discussão às questões sociais no Brasil. Encaminhamentos estes legitimados, também, pela Psicologia enquanto suporte científico. (p. 61).

O consumo crescente de medicamentos está relacionado ao controle químico possível quando as pessoas são submetidas a tratamentos baseados em grande quantidade de medicamentos, fenômeno conhecido como “camisa de força química” (DELGADO, 2011, p. 4702). Esse consumo é fortemente estimulado pelo papel exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, arraigado na biologização do processo saúde/doença que norteiam as concepções e práticas de saúde. Também a medicalização está permeada pelas “demandas de felicidade características da modernidade, ‘concretizáveis’ por meio dos medicamentos, especialmente os psicotrópicos”. (DIMENSTEIN et al., 2005, p. 34).

É possível traçar um paralelo entre o consumo de álcool e outras drogas com o consumo excessivo de medicamentos (outro tipo de drogas). Há que se considerar que o abuso de substâncias psicoativas (médicas e não médicas) compartilha a mesma lógica de base: são produtos de um aprendizado social que norteiam as necessidades de prazer e

eliminação da dor e do sofrimento imediatamente. O abuso de álcool bem como de outras drogas, lícitas ou ilícitas, médicas ou não, está associado à capacidade de experienciar e expressar tristezas de maneira genuína, sem necessitar recorrer a essas substâncias para alterar estados de consciência. (EDWARDS; DARE, 1997, citado por BATISTA, 2011, p. 16).

Entretanto, é sabido que as longas jornadas de trabalho, execução de tarefas muito estressantes e o isolamento social são igualmente fatores que demonstram relação com um maior uso de substâncias psicoativas. (ROSSAS et al., 2005/2007).

Quanto à escolha das substâncias, observa-se a associação entre substâncias psicoativas e trabalho, em que determinadas categorias de trabalhadores se utilizam de psicoativos que possibilitam a realização e/ou intensificação do trabalho. Estudos revelam que uma grande parcela de caminhoneiros se utiliza frequentemente dos “rebits” (mistura de cafeína, álcool e anfetaminas), droga estimulante que funciona como inibidor do sono, permitindo dirigir por mais tempo e entregar mais rapidamente a carga ao seu destino. (VILLARINHO et al., 2002; NASCIMENTO et al., 2007).

O mesmo acontece no trabalho rural com o uso do *crack* entre cortadores de cana, possibilitando o corte de toneladas do produto sem a realização de pausas para descanso. O estudo de Silva (2008) confirma o processo de extrema exploração da força de trabalho, evidenciada pela ocorrência de mortes, supostamente causadas por excesso de esforço durante o corte da cana.

O alcoolismo também está frequentemente presente entre os trabalhadores da construção civil (LIMA, 2003; SANTANA; OLIVEIRA, 2004) e acreditamos que o mesmo aconteça entre outras categorias de trabalhadores inseridos em empregos insalubres, em que o álcool parece ser a droga de preferência, ao garantir energia para a execução do trabalho e permitir o entorpecimento para suportar a tarefa degradante.

Lima (2003) identificou em seu estudo que algumas categorias profissionais tendem a apresentar distúrbios mentais bastante específicos, mais prevalentes nas categorias estudadas do que na população em geral. Dos prontuários que identificavam a atividade profissional (1.711 usuários do serviço pesquisado), foram classificadas 23 ocupações, sendo as mais frequentes: trabalho rural (19,1%), construção civil (17,7%), trabalho de empregada doméstica (13%), atividades autônomas (8,3%) e trabalho industrial (6,7%), em que os principais diagnósticos identificados entre esses pacientes foram os Transtornos Mentais Relacionados ao Uso do Álcool (48,5%).

Segundo Antunes Lima (2010), o consumo de drogas se dá em dois modos: funcional e disfuncional. No primeiro, as substâncias psicoativas são usadas como uma “ferramenta” de

trabalho, sem acarretar prejuízos para sua realização e, no segundo, ocorre uma mudança no padrão de consumo, afetando o desempenho laboral. Na passagem do uso funcional para o uso disfuncional, a droga deixaria de ser um meio para se tornar um fim em si mesmo e, embora a autora pontue que essa situação não ocorre com a maioria dos usuários, considera que a relação do sujeito com sua atividade é adaptativa, além de representar risco à saúde dos trabalhadores.

Perante as dificuldades para reconhecer as determinações social e ambiental nos agravos à saúde – consideramos que os usuários de drogas e os profissionais da saúde – mantém-se cristalizado o paradigma biomédico na atenção à dependência química. Culmina este processo na culpabilização do indivíduo, que é visto como organismo isolado de seu meio e de sua dimensão subjetiva e, portanto, único responsável pelo consumo das substâncias psicoativas bem como de suas consequências. A falácia individualista, sinalizam Minayo e Deslandes (1998), despreza o contexto estrutural, cultural e situacional no qual o fenômeno está inserido.

No que diz respeito ao avanço tecnológico na área da saúde, os exames diagnósticos e medicamentos substituem, simbolicamente, a confiança na relação médico-usuário pelo fetiche do medicamento, pois se acredita que numa boa consulta é imprescindível a receita (SAVI, 2005), e no que diz respeito às drogas não-médicas, recorre-se a elas como um meio de garantir a satisfação de necessidades impostas de diversas ordens: estimulante para acordar e conseguir trabalhar por horas, aliviar a dor, auxiliar no desenvolvimento de dada atividade ou mesmo alterar a consciência para esquecer certas agruras.

Em síntese, as drogas têm cumprido a função de, para além do consumo recreacional, amenizar ou minimizar o sofrimento e carregam a potencialidade para causar dependência.

Em relação à dependência de substâncias alcoólicas, o Ministério da Saúde afirma que não existe uma explicação universal sobre a sua etiologia. A condição de dependência dependeria, dessa forma, da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais. (BRASIL, 2004b).

Entretanto, diversos estudos buscam encontrar a causa ou origem da dependência à substância. Rebello e Carvalho (2008) estudam os possíveis genes envolvidos com a susceptibilidade ou resistência ao alcoolismo. Consideram que, apesar de algumas pesquisas buscarem a identificação de componentes genéticos associados ao alcoolismo, como a detecção de polimorfismo em genes específicos envolvidos nessa relação, os resultados ainda se mostram insatisfatórios. Ponderam que tem sido difícil estabelecer, com segurança, quais alelos participariam desse processo, devido à contribuição dos fatores ambientais na gênese

do alcoolismo, considerando experimentos genéticos que sugerem que o meio social “tanto pode exacerbar quanto proteger a expressão genética de predisposição ao alcoolismo.” (p. 164).

Até o momento, os únicos genes considerados envolvidos com a susceptibilidade ou resistência ao alcoolismo, de acordo com Rebello e Carvalho (2008), são aqueles relacionados ao metabolismo do etanol: desidrogenase (ADH) e aldeído desidrogenase (ALDH). Outros genes, entretanto, são frequentemente estudados, como os genes para os receptores do ácido gama amino butírico (GABA), receptores de dopamina, transportadores de dopamina, neuropeptídeo. (REBELLO; CARVALHO, 2008).

Deguti e Gonçalves (2000) investigam o papel dos marcadores biológicos do alcoolismo e por meio de verificação laboratorial de parâmetros físico-químicos do organismo do sujeito, pretendem estabelecer um diagnóstico de padrões de consumo e de níveis de dependência de álcool. Explicam que diversos estudos sugeriram que a diminuição da atividade da monoamino-oxidase plaquetária pudesse se constituir em um marcador para a população mais vulnerável ao alcoolismo, mas essa hipótese não está totalmente confirmada.

Os marcadores bioquímicos⁶ têm sido estudados para monitorização de consumo alcoólico. A ingestão de álcool provoca elevação destas substâncias no organismo dos indivíduos e a abstinência é acompanhada de sua redução progressiva, normalizando-se os níveis após meses, semanas ou mesmo dias, de acordo com a substância examinada. A associação entre os diferentes marcadores, de maneira geral, tem sido considerada por possibilitar elevação da sensibilidade dos métodos⁷. (DEGUTI; GONÇALVES, 2000). Entretanto, a observação das taxas dos mencionados marcadores biológicos permitem apenas identificar os sujeitos que fazem uso regular e/ou excessivo do álcool ou os períodos em que se apresenta abstinente, não podendo, entretanto, ser correlacionado à causa do alcoolismo.

O modelo etiológico, isto é, o modo como a determinação do adoecimento é compreendida, corresponde à teoria ou modelo explicativo em que se fundamentaram as pesquisas. A questão do uso de drogas, sobretudo o uso do álcool, apresentava-se já como preocupação para a medicina do século XIX, que percebia o alcoolismo como decorrência de degenerações de toda espécie que tornavam vulneráveis a alma e o corpo de determinados indivíduos. (FIORE, 2004).

⁶ Os marcadores biológicos mais frequentemente investigados são: a) GAMA-glutamil-transpeptidase (GGT); b) Volume corpuscular médio eritrocitário (VCM); c) Alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST), aspartato aminotransferase mitocondrial (ASTm); d) Transferrina deficiente em carboidratos (TDC); e) a associação entre os marcadores. (DEGUTI; GONÇALVES, 2000).

⁷ Para um estudo mais detalhado sobre os marcadores biológicos do alcoolismo, ver estudo de Deguti e Gonçalves, (2000).

A Teoria da Multicausalidade emergiu no período do pós-guerra, decorrente de alterações no panorama do processo de adoecimento da população naquele período. (LAURELL, 1982; SILVA, 1985; BARATA, 1998; OLIVEIRA; EGRY, 2000; BRIZ, 2009; MORAES, 2011).

Houve neste período o aumento do número de mortes devido à emergência de doenças crônicas e degenerativas, ao passo que eram reduzidas as mortes por doenças infectocontagiosas como a malária, a febre tifoide, influenza, entre outras. Os agentes etiológicos conhecidos – vírus, bactérias, fungos, etc., corroboravam para a compreensão do fenômeno por meio da Teoria Unicausal da doença (LAURELL, 1982; MORAES, 2011). Como causa das doenças, este modelo explicativo considerava os micro-organismos e seus impactos no organismo humano, explicação causal relacionada com o desenvolvimento tecnológico, como por exemplo, o aprimoramento dos microscópios. (MORAES, 2011).

Entretanto, não eram feitas, neste momento, correlações entre a falta de saneamento básico e outras dificuldades de vida material que tornavam estes indivíduos expostos a estas condições de vidas, que expressam a falta de investimento em prevenção e saúde e garantia de necessidades básicas.

Com o surgimento das doenças crônicas e degenerativas, o Modelo Unicausal como explicação para o adoecimento mostrou-se insuficiente. Passaram a ser incorporados os conhecimentos de outras áreas das ciências sociais (a antropologia, sociologia, geografia e psicologia), originando a Teoria da Multicausalidade⁸, que atribui a gênese da doença a múltiplos fatores inter-relacionados. (SILVA, 1985; BARATA, 1998; OLIVEIRA; EGRY, 2000; BRIZ, 2009; MORAES, 2011).

Dados dos estudos de Fiore (2004) evidenciaram que atualmente, grande parte dos médicos aceita a ideia de vulnerabilidade ou potencialidade, ou seja, haveria indivíduos com maior probabilidade de se tornarem dependentes. Discute que a categoria médica, em grande parte, aprova a utilização dos avanços nos conhecimentos neuroquímicos para, “cada vez mais, proteger o ser humano, sobretudo dele próprio, e de seu insistente, incurável e perigoso desejo de alterar a própria consciência ou buscar o prazer”. (FIORE, 2004, p. 22).

⁸ De acordo com Laurell (1982), o modelo multicausal para explicar a gênese do processo de adoecimento mostra-se também insuficiente na medida em que está atrelado a um paradoxo: pretende explicar o fenômeno do adoecimento ao mesmo tempo em que parte da suposição da impossibilidade de conhecer a essência destas. A limitação mais imediata do modelo reside, de acordo com a autora, na redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim o “social” e o “biológico” são reduzidos a “fatores de risco”, que atuariam de forma idêntica.

Neste trabalho, o processo saúde-doença é abordado a partir da perspectiva que implica em compreendê-lo como uma produção social e histórica e, portanto, processual e dialética, síntese de multideterminações: biológicas, psicológicas, socioeconômicas, políticas, culturais.

A investigação de Moraes (2011) identificou as principais proposições presentes nos artigos analisados em relação: à etiologia do alcoolismo, aos instrumentos diagnósticos deste e aos métodos de tratamento. A autora verificou que o alcoolismo é referido por distintas composições explícitas nos trabalhos que atribuem maior importância a este ou àquele determinante, estabelecendo, assim, no quadro geral das causas apresentadas, maior ênfase aos aspectos biológicos, seguidos dos psicológicos e comportamentais, e por fim, dos sociais e ambientais. (p. 30).

No que concerne às propostas de tratamento, de acordo com Moraes (2011), seja na forma de técnicas terapêuticas ou nos serviços indicados como parâmetro, a intervenção recaiu majoritariamente sobre o próprio sujeito, ainda que por meio de trabalhos em grupo. Isso significa, de acordo com a autora, que apesar da etiologia bio-psico-social ser predominante no entendimento do alcoolismo, os aspectos sociais não foram considerados no momento das proposições terapêuticas (p. 40), além do uso da farmacoterapia ter sido apontado como tratamento central.

Em consonância com o exposto, a redação da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, publicado em 2004, explicita as mudanças ocorridas na compreensão do alcoolismo e de outros problemas relacionados ao uso de drogas e apresenta que

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. (BRASIL, 2004b, p. 7).

O material do Ministério da Saúde afirma ainda que a assistência a usuários de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção e, em consonância com os pressupostos do movimento da Reforma Psiquiátrica. Preconiza, nesse sentido que haja ofertas terapêuticas preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde, tendo em vista a integração social e produção da autonomia das pessoas

privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde. (BRASIL, 2004b, p.18).

O CAPS ad consiste em um serviço aberto, público e diário aos indivíduos que apresentam transtornos mentais e comportamentais associados ao uso e dependência de álcool e outras drogas. A disponibilidade de leitos, porém, cabe reforçar, é destinada apenas para fins de desintoxicação, não tendo finalidade de internação. (BRASIL, 2004a).

Nesse cenário, o CAPS ad constitui proposta de reabilitação psicossocial dos seus usuários, por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício da cidadania e visa a potencialização dos recursos comunitários e manutenção dos vínculos familiares e sociais em geral dos indivíduos. São apontadas como atividades terapêuticas as ações comunitárias, desenvolvidas em articulação com outros equipamentos sociais diversos que funcionem como suporte social.

Ao encontro à concepção de uma assistência integral, a Estratégia Saúde da Família (ESF) também se configura como espaço de atenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas na Atenção Primária, destacando-se o trabalho em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2008).

É preconizado que os profissionais de saúde mental que compõem as equipes dos NASF desenvolvam ações de cuidado para os problemas associados à situação de violência e ao abuso de álcool e outras drogas, além da realização de ações voltadas aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, usuários egressos de internações psiquiátricas e/ou atendidos nos CAPS e casos de tentativas de suicídio (BRASIL, 2008).

A Política Integral de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas explicita a necessidade de articulação entre as equipes de unidades de Saúde da Família com o apoio dos NASF e CAPS ad, e orienta que as ações nestes equipamentos aconteçam na lógica da Redução de Danos⁹. (BRASIL, 2004b). Entretanto, o que se observa é que, no que concerne ao uso de substâncias psicoativas, recorre-se a ações que cumprem o papel de repressão e culpabilização dos indivíduos, tanto pelo consumo quanto pelas consequências deste.

Enquanto isso, o álcool como mercadoria tem seu consumo induzido pelas propagandas das indústrias de bebidas alcoólicas. Tais apelos se dão por meio de estereótipos relacionados ao uso do álcool, associado com a virilidade, a sensualidade, a diversão etc. (BRASIL, 2004b, p. 19).

⁹ A redução de danos foi proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), como alternativa à abstinência e objetiva minimizar os danos causados pelo uso do álcool, bem como reduzir de forma gradativa o uso, considerando a singularidade de cada sujeito e assim, delinear junto a ele estratégias em defesa de sua vida e não necessariamente estratégias para o alcance da abstinência.

Nem as drogas “civis” nem as drogas “médicas” escapam a essa lógica do mercado. Bebidas alcoólicas e medicamentos são apresentados nas propagandas e disputam o mercado consumidor a partir das mesmas regras.

Ao mesmo tempo, porém, há discrepâncias entre as informações relativas ao consumo de substâncias psicoativas veiculadas pelos meios de comunicação, representadas por duas visões: “uma voltada às substâncias lícitas, onde há o reforço de uma imagem de satisfação e conagração, como nas propagandas de cerveja; outra, relativa às drogas ilícitas, que só discorre sobre a degradação moral e tende a responsabilizar o usuário”. (SILVA et al., 2005/2007, p. 70).

Apesar dos apelos comerciais ao consumo das bebidas alcoólicas, podemos notar que contraditoriamente, há a exigência por uma sociedade livre de drogas que, segundo Conte et al. (2004), aponta para a abstinência como imperativo e situa as drogas e os usuários como “agentes do mal”. (p. 64). De acordo com os autores, tais imperativos são construídos valendo-se de uma visão moralista e repressiva da realidade dos sujeitos que usam ou abusam do álcool e/ou outras drogas. (CONTE et al., 2004).

Conte et al. (2004) asseveram que atualmente o cuidado prestado aos dependentes químicos deve considerar os princípios da Redução de Danos. Assim, o que melhor caracterizaria o conceito é a flexibilidade no contrato com o usuário, que “significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário).” (p.64). Para tanto, consideram-se as necessidades dos usuários, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento planejado em conjunto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁰. A disposição para escutar o usuário possibilita, assim, o reconhecimento da função que esse uso ocupa em sua vida. (CONTE et al., 2004).

Os trabalhadores da saúde, contudo, precisam reconhecer que a abstinência nem sempre corresponde às expectativas e possibilidades dos usuários (BRASIL, 2004b), mas muitas vezes faz parte de sua própria expectativa como trabalhador da saúde ou mesmo de seus valores pessoais. A meta da redução de danos não é a abstinência, mas a proteção à saúde e à vida do usuário (BRASIL, 2004 b).

Merece destaque ainda na redação da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas a necessidade de formação continuada para os trabalhadores. O texto

¹⁰ O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. (BRASIL, 2007b). Mais informações sobre o PTS podem ser encontradas em Carvalho e Cunha (2006).

sugere a ampliação das atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, incorporando os profissionais dos CAPS ad e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (PSF e PACS), além de profissionais de nível médio. (BRASIL, 2004b).

Essa capacitação deve ocorrer também com relação às ações de prevenção primária do “uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce, desenvolvimento de ações de redução de danos, tratamento de casos não complicados e referenciamento para a rede de assistência” (BRASIL, 2004b, p.18). Os equipamentos de saúde devem estar articulados com outros dispositivos da rede de atenção em saúde como também a outros setores (Educação, Cultura, Esportes, Assistência Social, etc.) e recursos da comunidade, que atuem como suporte social (BRASIL, 2004b, p.35).

No contexto da Saúde da Família, quem procura atendimento na unidade de saúde muitas vezes não é o próprio usuário de álcool e/ou outras drogas, mas seus familiares, o que torna difícil sua abordagem, embora necessária (BATISTA, 2011), evidenciando, dessa maneira, o impacto do uso abusivo de bebidas alcoólicas na dinâmica familiar.

Com base em perspectivas diferentes, os estudos sobre o alcoolismo tem se reportado às famílias dos usuários de bebidas alcoólicas, referindo à alteração da dinâmica familiar, dos comportamentos de seus membros e desorganização das relações interpessoais (GONÇALVES; GALERA, 2010; FILIZOLA et al., 2009; SANTOS; MARTIN, 2009). O isolamento da família do alcoolista dos grupos sociais (FILIZOLA et al., 2009; SANTOS; MARTIN, 2009) tem sido fonte de preocupação dos estudos, bem como o comprometimento da saúde mental e da qualidade de vida dos que convivem com o problema (GONÇALVES; GALERA, 2010; FILIZOLA et al., 2009).

Cuidar do membro da família com problemas decorrentes do alcoolismo é referido como desgastante, humilhante, gerador de frustração e sofrimento (SANTOS; MARTIN, 2009; FILIZOLA et al., 2009). A família é apontada como elemento fundamental na relação do cuidado, e majoritariamente as mulheres têm assumido esse papel (SANTOS; MARTIN, 2009) apresentando, assim como os alcoolistas, necessidades de cuidado em saúde e suporte social. (GONÇALVES; GALERA, 2010; FILIZOLA et al., 2009; SANTOS; MARTIN, 2009, SENA et al., 2011).

Portanto, é preciso considerar o complexo usuário-família como agente fundamental do cuidado e atentar para os aspectos intersubjetivos, sociais e políticos do entorno socioeconômico e cultural dos usuários. (MORETTI-PIRES, 2009; NUNES et al. 2007).

Estudos sobre os impactos decorrentes do alcoolismo indicam que os membros da família são fortemente penalizados, contribuindo para altos níveis de conflito interpessoal, brigas, discussões e desentendimentos, abuso e negligência infantil, separação e divórcio, dificuldades financeiras e legais e problemas clínicos relacionados ao uso de álcool. (NASCIMENTO; JUSTO, 2000; MELO et al., 2005; FILIZOLA et al., 2006; TRINDADE et al., 2006; REINALDO ; PILLON, 2008).

Ao analisar as dificuldades das famílias perante o alcoolismo, a violência sofrida pelos familiares tem sido apontada como um dos mais graves problemas enfrentados por essa população. (FILIZOLA et al., 2006). O alcoolismo tem sido relacionado a comportamentos agressivos, o que tem motivado pesquisadores a investigar as relações entre o alcoolismo e a violência intrafamiliar. (NASCIMENTO; JUSTO, 2000; MELO et al., 2005; FILIZOLA et al., 2006; TRINDADE et al., 2006; REINALDO; PILLON, 2008).

López (2004) assinala que o consumo do álcool é um problema de saúde frequente e comum a toda a sociedade e tem sido associado também no México com a violência intrafamiliar, dentre outros problemas. A autora considera que combinação de modos violentos para a resolução de conflitos em associação com o alcoolismo pode aumentar o grau de violência e sua frequência.

No Brasil, dados do CEBRID indicaram que no Estado de São Paulo, um terço dos lares apresentava histórico de violência e em mais da metade dos casos o autor das agressões encontrava-se sob o efeito de substâncias psicoativas. Em 46% deles, a droga usada era o álcool; em 6%, o álcool aparecia vinculado a outras drogas; e apenas 4% estavam vinculados a outras drogas que não o álcool. O estudo revelou ainda que a maior parte das pessoas agredidas era composta por mulheres, geralmente esposas ou companheiras dos agressores. (CARLINI, 2002).

No Recife, dos 115 casos atendidos nos anos de 2002 e 2003 pelo Setor Psicossocial do 1º Juizado Especial Criminal envolvendo famílias em situação de violência intrafamiliar, 39% indicavam o consumo especialmente de álcool, associado ou não a outras drogas, como fator predisponente à agressão. (SILVA, 2005).

De acordo com levantamento nacional realizado sobre o padrão de consumo de álcool na população brasileira, dos respondentes, “25% disseram que o (a) companheiro (a) ou pessoa com quem morou ficou irritado (a) com a bebida ou com seu comportamento enquanto bebiam. Outros 12% disseram ter iniciado discussão ou briga com o parceiro quando bebiam”. (LARANJEIRA et al., 2007).

MELO et al. (2005) assinalam que ingestão de álcool em situações de lazer familiar, prevalente nos finais de semana revela comumente um padrão de uso nocivo associado frequentemente à violência intrafamiliar. Silva (2003) enfatiza que a violência intrafamiliar está presente em quase todos os lares de alcoolistas, variando apenas no grau, de acordo com a dinâmica familiar. Suas modalidades mais frequentemente relatadas, segundo a autora, são a negligência na forma de privações, agressão física e verbal.

Tal problemática pode comprometer o bem estar físico e psicológico de toda a família com repercussões sobre a vida das crianças e adolescentes (FILIZOLA et al., 2006), uma vez que os filhos, de acordo com Silva (2003), concebem o ambiente familiar como responsável pelas situações de dificuldades enfrentadas por estas ao apresentarem risco constante para a ocorrência de agressões físicas, que podem se arrastar por toda a infância e a adolescência. (CALDAS, 2000; TRINDADE et al., 2006).

A presença de quadros depressivos e os conflitos conjugais mostram consistentemente taxas mais altas e são mais intensos entre as pessoas que convivem com o alcoolismo do que na população em geral. (SILVA, 2003; TRINDADE et al., 2006). Portanto, segundo Trindade et al. (2006), alcoolismo e depressão devem ser estudados e tratados de forma integrada, considerando a importância de examinar a combinação das necessidades de cuidado de todos os membros da família.

Neste quadro, a violência intrafamiliar e o alcoolismo entrecruzam-se, sem que a primeira se reduza ao segundo. Diante do exposto, passaremos à discussão sobre violência e violência cotidiana, no intento de compreender sua gênese e determinações.

1.2. A produção social da violência: aspectos conceituais

Buscamos conceituar violência, reconhecendo a complexidade e os limites para o alcance do propósito, mas com a certeza de que esta é uma questão que se coloca atualmente como desafio às equipes de saúde e que tem se mostrado como entrave à saúde física e mental das famílias.

A violência vem sendo objeto frequente de debate na mídia e alvo de questionamentos pela sociedade brasileira, abordada geralmente como um problema da área de Segurança Pública. Dada a sua origem histórica, social e gestada por múltiplos determinantes, seu enfrentamento somente será possível mediante a articulação de diversos setores e instituições do poder público e da sociedade em geral. (BRASIL, 2007a).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), as violências são caracterizadas pelo

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p. 5, citado por BRASIL, 2005a).

A violência pode ser classificada, ainda segundo a OMS (citado por BRASIL, 2005a), em três tipos: violência autoinfligida, (quando efetuada contra si próprio como comportamentos suicidas); violência interpessoal (dividida em violência intrafamiliar ou doméstica quando acontece entre parceiros íntimos ou membros da mesma família, em particular quando acontece no ambiente da casa); em violência comunitária (quando ocorre no ambiente social entre pessoas conhecidas e/ou desconhecidas, como abuso sexual ou violência institucional) e violência coletiva (quando acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos, que incluem crimes de grupos organizados, terrorismo e do Estado). Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados. (BRASIL, 2005a, p. 23-25).

Segundo relatório do Instituto Innocenti, ligado à UNICEF, as causas para a violência estão divididas em quatro grandes grupos: econômicas, culturais, legais e políticas. (INNOCENTI DIGEST, 2000). Para além da classificação dos tipos de violência e suas consequências, pretendemos compreender também a gênese do fenômeno, identificando diversos elementos e processos que constituem o contexto da violência na sociedade atual, orientados pela indagação sobre como as pessoas chegam a utilizar-se de um incontável número de reações violentas.

Para tanto, nos utilizaremos, entre outros autores, das análises desenvolvidas por Martín-Baró,¹¹ autor que adota a perspectiva psicossocial para a reflexão sobre a violência. Essa perspectiva consiste no estudo aprofundado sobre o fenômeno em seu surgimento e sua configuração entre a pessoa e a sociedade.

O ponto de partida é o reconhecimento de suas múltiplas formas e seus diversos níveis de significação e efeitos históricos. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 364).

A análise histórica da violência social permite contemplar que

a violência já está presente no mesmo ordenamento social e, portanto não é uma violência de indivíduos [...] pelo contrário, trata-se de uma violência da sociedade enquanto totalidade, ao contrário não entra em crises, se impõe

¹¹ Ignacio Martín-Baró (1942-1989) nasceu na Espanha e viveu em El Salvador. Foi jesuíta, teólogo e psicólogo social. Foi assassinado por soldados do governo de El Salvador.

com uma naturalidade da qual não é consciente em forma reflexa. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 110).

Martín-Baró¹² (1983/1997) se dedicou a elaborar elementos que permitem precisar o conceito de violência fazendo as necessárias diferenciações entre violência e agressão, distinta da definição da OMS mencionada anteriormente. Considera que violência é mais ampla que agressão. Por violência compreende-se todo ato ao qual se aplique uma dose de força excessiva, ao passo que agressão remete a uma forma de violência, quando se aplica a força contra alguém de maneira intencional, ou seja, é usada força para infligir intencionalmente uma ação pela qual se pretende causar dano à outra pessoa. (p. 365- 366).

Vázquez (1977, p.381) traz contribuições filosóficas sobre o entendimento das raízes da violência no processo social e histórico. Afirma o autor que a violência é caracterizada pela aplicação de diferentes formas de coerção com o objetivo de conquistar ou manter domínio (econômico, político) ou de conseguir privilégios. Martín-Baró (1983/1997) considera a violência com base em três pressupostos:

- a) A violência apresenta múltiplas formas e há diversas formas de expressão da violência: a violência estrutural; a violência interpessoal; a violência educativa; a violência pessoal; agressão institucional; agressão interpessoal; agressão física; agressão moral ou simbólica. Considera o autor que, ao englobá-las em poucas categorias corre-se o risco de uma simplificação distorcida. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 370-371).
- b) A violência tem um caráter histórico, sempre dentro de um contexto social em que é produzida. É um marco no qual há interesses e valores concretos que caracterizam a sociedade ou grupo social em dado momento histórico. Não se pode pensar em violência como algo isolado, incorrendo em risco de perder a dimensão de sua totalidade. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 371).
- c) Há um movimento concebido como espiral de violência, em que uma vez iniciada a agressão, é desencadeado um processo em que ela se multiplica. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 371).

Pontua Martín-Baró que em todo ato de violência cabe distinguir quatro fatores que a constituem: a *estrutura formal do ato* – constituída pela conduta de forma extrínseca, distinta entre atos de violência instrumental (que é a violência como um meio para se alcançar um objetivo) e violência terminal (utilizada como um fim em si mesma); a *equação pessoal* –

¹² Obra em idioma espanhol. As citações empregadas no texto foram traduzidas por nós.

elementos do ato que somente são explicáveis pelo caráter particular de quem o realiza; o *contexto possibilitador* – referente a dois contextos propícios em que caibam o ato: um que é amplo, social e outro que é imediato, situacional; e o *fundo ideológico* – que remete a uma realidade social de classes em que surgem valores e racionalizações que produzem as suas justificações. (p. 372-376).

A violência muitas vezes é imperceptível, invisível, embutida na sociedade, determinada pela apropriação desigual de bens e informações, que formaria uma rede menos aparente de violência, já que seriam visíveis apenas episódios mais agudos, como violência física explícita.

Vázquez (1977) aponta que, na sociedade baseada na exploração do homem pelo homem como na sociedade capitalista atual, a violência pode se mostrar de forma indireta quando vinculada ao seu caráter alienante e explorador das relações humanas, expressa pela “violência da miséria, da fome, da prostituição ou das enfermidades”, que se impõe aos sujeitos como modo de vida, exigência do próprio modo de organização social. (p. 382).

Há que se levar em consideração, na tentativa de se refletir sobre a violência e suas imbricações, o processo resultante do modelo de produção e acumulação capitalista, que vem contribuindo para elevação e manutenção da desigualdade social. A justificação ideológica para as desigualdades sociais aparece envolta em medidas neoliberais, que relegam ao indivíduo a responsabilidade pelo acirramento das desigualdades econômicas e sociais. No nível do indivíduo, consideramos que essa questão leva à culpabilização pelo "sucesso ou fracasso", de um problema que é social.

Embora se observe que a violência não seja uma característica exclusiva do sistema capitalista, pois atos violentos têm sido observados em todos os períodos da história, em momentos e conjunturas diversas, o que se pode perceber, é que no sistema capitalista ela se intensifica, alcançando níveis intoleráveis.

Portanto, na contradição do modo de produção capitalista, a riqueza gerada socialmente é negada à classe trabalhadora, e a violência seria uma das expressões sociais gerada no seio do capitalismo, assim como a pobreza, o analfabetismo, o desemprego, a fome, a acumulação do capital, a crise do mercado de trabalho, as dificuldades econômicas etc., reflexos da violência estrutural. Por violência estrutural Martin-Baró (1983/1997) assinala que esta

não se reduz a uma inadequada distribuição dos recursos disponíveis que impede a satisfação das necessidades básicas das maiorias; a violência estrutural supõe além disso um ordenamento dessa desigualdade opressiva, mediante uma legislação que ampara os mecanismos de distribuição social

de riqueza e estabelece uma força coercitiva para fazê-los respeitar. O sistema fecha assim o ciclo de violência justificando e protegendo aquelas estruturas que privilegiam as minorias à custa dos demais. (p. 406).

Ao analisar os processos pelos quais é engendrada a violência, Martín-Baró sinaliza a necessidade de examinar não somente como se aprende ou desencadeia a violência, mas mais importante que isso, enfatiza a necessidade de se atentar para que *tipo de violência* se aprende ou desencadeia, e *contra quem é dirigida* e que efeitos produz na realidade concreta de uma sociedade. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997. Grifos nossos).

Nesse sentido, a discussão sobre a questão criminal no Brasil, tolera a violência contra as minorias e admite o extermínio, a violência contra os moradores da favela e de rua, a violência contra os índios e expropriação de suas terras e de sua cultura; negligencia e ignora as reivindicações dos sem terra, dos sem teto, criminalizando estes e os demais movimentos sociais, mesmo que a tortura e o isolamento nas prisões não tenham qualquer efeito sobre as condições reais da segurança. “Não importa que prendamos, torturemos e matemos, apesar disso em nada melhorar a situação de nossos jardins cercados. A brutalidade e o extermínio fazem sentido por si sós”. (BATISTA, 2009, p. 219).

Podemos, dessa maneira, reconhecer a existência de uma violência que é estrutural ao compreender que ela está nos próprios fins de uma determinada forma de organização social, sob forma da exploração do homem pelo homem. (SILVA, 2006).

Em conformidade com Martín-Baró (1983/1997), temos que os determinantes mais amplos da violência derivam da estrutura social, que a exige como um aspecto do ordenamento social e a difere das outras formas de violência (interpessoal, educativa, pessoal, etc.). Portanto, só é possível entendê-la no contexto histórico e social em que é produzida.

Vázquez (1977) não denomina de violência estrutural, mas assinala que a origem e desenvolvimento da violência estão ligados a fatores objetivos como a existência da propriedade privada e da divisão da sociedade em classes, o que em sua análise, torna impossível a conciliação dessas contradições. Justifica esta afirmativa por meio da observação da história da sociedade capitalista que demonstra que “quando está em perigo a existência da classe dominante, esta não vacila em recorrer às formas violentas mais extremas, inclusive o terror maciço, pois nenhuma classe social está disposta a abandonar voluntariamente o cenário da história.” (p. 381).

É necessário, portanto, examinar o ato violento na interface com os interesses e valores que caracterizam cada sociedade ou cada grupo social, num determinado momento

histórico. (VÁZQUEZ, 1977; MARTÍN-BARÓ, 1983/1997; SILVA, 2006; OLIVEIRA; MARTINS, 2007).

Assim, as formas de violência exercidas são mais ou menos aceitas em dado contexto que em outros. Martín-Baró (1983/1997) nos lembra de que os atos violentos, ainda que proibidos em certa sociedade e contexto, são alvo de justificações dependendo de quem é o autor e quem é afetado por ela. Mesmo com leis que a proibam, é percebida e justificada. A justificação social recai justamente, segundo o autor, na sua manutenção.

O autor pontua ainda que tal justificação serve aos interesses das classes dominantes ao passo que, ao contrário de se configurar o ato de violência em necessidade de desculpa ao agredido, passa a produzir justificativas sobre os motivos do ator sobre o ato de violência. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997). A justificativa, desse modo, serve como base reprodutora dos atos violentos por induzir à imitação tanto da justificativa quanto a imitação do próprio ato violento.

A violência, dessa forma, presta-se não apenas à destruição ou incapacitação física ou corpórea dos sujeitos, mas, sobretudo à destruição do seu ser social. Em outras palavras, visa à eliminação ou destruição da sua condição de sujeito de determinadas relações sociais, econômicas e políticas que se encarnam e cristalizam em certas instituições e relações. (VÁZQUEZ, 1977, p. 379).

Depreendemos dessa questão que os atos violentos dependem das demandas que se colocam frente à ordem social. Em definitivo, é a sociedade, cada sistema social o que propicia situações que exigem violência ou que ensina a obter êxito por meio da violência. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 339). Dessa forma, vemos que a violência é produzida socialmente e socialmente se estabelecem as condições em que se pode produzir a violência de forma justificada. Se estas possibilidades vão se materializar ou não dependerá das circunstâncias sociais em que se encontram os indivíduos e das exigências particulares que cada um enfrentará no decorrer de sua vida. (SILVA, 2006, p. 42).

Esse processo de construção social da violência também depende de quatro fatores e circunstâncias a serem considerados e que, de acordo com Martín-Baró (1983/1997), não residem no ato da violência.

O primeiro deles trata do *agente da ação*. Para Martín-Baró, o *autor do ato de violência* tem que ser considerado agente legítimo para a realização do ato. Esta legitimidade ocorre como se o poder lhe tenha estabelecido o “direito” de exercer sua força. Outro elemento que é apontado refere-se à *vitima*. O autor afirma que quanto mais baixo o *status*

social da pessoa ou grupo social contra quem o ato de violência é dirigido, mais facilmente é aceita a violência contra eles. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 376).

A situação em que se produz o ato de violência é também circunstância elencada. Nesse cenário, um ato de violência implicado num contexto de defesa contra uma agressão seria mais justificável que outras formas de violência infringida como, por exemplo, a expressão de violência passional ou como instrumento para atingir outro objetivo. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 376).

O quarto elemento apontado refere-se ao *grau do dano produzido à vítima*. Nesse sentido, quanto maior seja o dano produzido, mais justificado deve ser o ato de violência. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 376).

A estreita vinculação entre justificação da violência e interesses sociais mostra que a violência não é medida por si mesma e sim por seus produtos. Estes produtos, entretanto, remetem aos interesses da classe dominante.

Para Martín-Baró (1983/1997) o ser humano é sujeito à violência e à agressão como possibilidade nas suas relações sociais, possibilidade que tem se constituído em processo histórico referendado socialmente pelo conjunto dos homens.

A partir dos conceitos de violência e sua relação com a forma de violência mais ampla – a violência estrutural – devemos refletir em como as formas de violência ou atos de agressão se configuram nas relações mais imediatas dos sujeitos.

Martín-Baró (1983/1997) coloca que não quer dizer que a violência estrutural explique por si só os atos de violência ou os atos agressivos de qualquer pessoa. Reforça, porém, que somente se podem compreender estes comportamentos no contexto da violência estrutural. Sendo assim, afirma que a violência interpessoal é expressão da violência estrutural, que se materializa no cotidiano. O autor afirma que

É possível que a explicação fundamental de certos atos de violência – muitos ou poucos – resida na mesma pessoa e em suas características peculiares: contudo, inclusive esses mesmos fatores individuais devem ser interpretados à luz da totalidade social em que essa pessoa tem se formado e vive. (p. 407).

Ao não considerarmos esta premissa, corremos o risco de desenvolvermos discussões e intervenções culpabilizantes que consideram os indivíduos como portadores de comportamentos desviantes ou como alguns dados de pesquisas têm nos mostrado, que a violência é reflexo da família que está “desestruturada”, não tem condições de educar suficientemente seus membros ou colocam a culpa no sistema social, mas este compreendido como uma estrutura pronta e acabada. (SILVA, 2006, p. 38).

Sem a devida mediação, qual seja a análise sobre o processo histórico do desenvolvimento da estrutura social, incorre-se em compreendê-la naturalizando-a, concebendo a violência e o próprio modo de organização da sociedade como algo que sempre foi do modo como se apresenta no contexto atual, perdendo de vista seu processo de construção que é de caráter social e, portanto, passível de transformação.

Nesse sentido, alerta Martín-Baró (1983/1997) que um dos problemas mais comuns a respeito da violência consiste em considerá-la predominantemente em sua forma terminal. Separar o ato de sua intencionalidade reside em levar sua compreensão para âmbito individual, que sugere que seu agente sofre de algum tipo de transtorno ou que o ato deriva de característica pessoal ou desviante como a maldade. Pelo contrário, a maior parte dos atos violentos está ligada à ordem instrumental do ato, ou seja, utilizada a violência como um meio para atingir um objetivo. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997, p. 373).

Mais que apontar culpados, pretendemos compreender o fenômeno da violência na sua complexidade e gênese multideterminada que permita pensar em estratégias para superar essa condição.

Martín-Baró (1983/1997) pontua que a violência se dá em um contexto social que, se não a estimula, ao menos permite que ela ocorra. Com essa afirmação o autor defende que o que possibilita a presença e o uso da violência está relacionado a um marco de valores e normas que, formais ou informais, aceitem a violência como uma forma de comportamento possível, e que até mesmo a requeira em determinados momentos.

Há, dessa maneira, que romper com visões exclusivamente biologicistas, inatistas e comportamentalistas, compreendendo que o homem tem psiquê com estruturas e leis próprias, o que caracteriza a especificidade humana e o distingue dos demais animais. Tal especificidade reside no fato de que o homem não responde imediatamente aos estímulos ambientais ou às demandas do ambiente, mas mediatizado pelas normas e valores compartilhados pelo grupo social no qual está inserido. (MARTÍN-BARÓ, 1983/1997).

Para a compreensão da violência cotidiana, Martín-Baró (1989) acrescenta que pode ser muito mais relevante a análise do papel do poder “na configuração da vida cotidiana, nos mecanismos da rotina, que nos acontecimentos excepcionais”. (p.92). Visão essa que nos coloca diante da impossibilidade de pensar qualquer relação humana sem pensar na relação de poder que se estabelece entre os sujeitos.

Martín-Baró (1989) apresenta três características essenciais do poder: 1. *Se dá nas relações sociais*. A esse respeito, Martins (2003) analisa que significa dizer que as relações sociais têm um caráter de oposição e conflito; 2. *Se baseia na posse de recursos*, ou seja, “um

dos sujeitos da relação, pessoa ou grupo, possui algo que o outro não possui ou possui em menor grau (quantitativo e/ou qualitativo)". Evidencia uma relação de desequilíbrio em relação a determinado objeto (MARTINS, 2003), e 3. "*Produce um efeito na mesma relação social*" (p.97), que se dá tanto sobre o objeto da relação como sobre as pessoas ou grupos relacionados, podendo implicar na "obediência ou submissão de um, o exercício da autoridade ou do domínio do outro". (MARTINS, 2003).

O poder, ressalta o autor, trata-se de "uma qualidade de alguém, pessoa ou grupo, na relação com outras pessoas ou grupos. [...] O poder constitui, por conseguinte, um fenômeno social, não meramente individual". (MARTÍN-BARÓ, 1989, p.97).

Quando o autor diz que o poder é baseado na posse diferencial de recursos engloba distintas maneiras pelas quais esse pode se objetivar, entre elas: capacidade técnica, científica ou profissional; econômico; moral. Assim, "os grupos mais poderosos serão aqueles que disponham de todo tipo de recursos: materiais, culturais e pessoais". (MARTINS, 2003, p. 214).

Entre os recursos pessoais, a afetividade, segundo Martins (2003), não foi ressaltada por Martín-Baró. A autora aponta, entretanto, que

tanto a afetividade considerada positiva quanto a negativa pode permear as relações e produzir um efeito sobre elas. Partindo da ideia de que a organização grupal envolve as atividades produzidas e também as produções afetivo-emocionais, que dirigem formal e informalmente o clima das relações entre os membros e entre estes e a atividade, não é possível desconsiderar a importância da afetividade nas relações grupais, seja no sentido de ampliar a união como para ameaçar a sua existência. (p. 215).

A autora salienta ainda que "uma relação baseada no medo pode gerar a submissão de um e o domínio do outro". (p. 215). Outro aspecto relevante citado pela autora implica no fato de que "quem domina em uma relação pode ser dominado em outra". (p. 215). Nesse sentido, podemos dizer, por exemplo, que um homem se encontra numa relação de dominação-exploração na relação de trabalho, pode se encontrar, por outro lado, na figura de autor de atos violentos infringidos contra os membros de sua família, em que ali o poder de dominação sobre estes exista.

A rede de violência social pode ser vista, dessa forma, na díade dominação-exploração que, segundo Saffioti (2001), se estabelece nas relações assimétricas. Usa-se o conceito de dominação-exploração ou exploração-dominação, porque se concebe o processo de sujeição de uma categoria social com duas dimensões: a da dominação e a da exploração: uma se confunde com o conceito de exploração econômica, ao passo que outra se refere à obtenção

de prazer, com prejuízos da saúde mental de quem está sendo explorado. As duas dimensões, entretanto, não são antagônicas, mas complementares. (SAFFIOTI, 2001).

Se considerarmos que a violência proveniente da estrutura social serve de marco para a violência do comportamento individual, isso se aplica igualmente às estruturas organizadas e institucionalizadas como a família que podem conduzir à opressão de determinados membros dessa unidade familiar.

Concordamos com Saffioti (2001) que conceber relações interpessoais separadamente da estrutura de classes representa visão dualista, que não contribui para esclarecer porque a sociedade comporta a violência, sob pena de se perder a visão da sociedade como totalidade, já que não há possibilidade de analisar em separado as relações interpessoais e estruturais.

1.2.1. A violência intrafamiliar

Dentre as inúmeras formas de manifestação da violência nos interessa estudar, neste trabalho, a violência intrafamiliar (VIF). Utilizamos aqui a definição violência intrafamiliar compreendida como as agressões que ocorrem entre os membros da família nuclear ou extensa, não se restringindo, portanto, ao território físico do domicílio, como na violência doméstica. (SAFFIOTI, 2001).

Apesar da possibilidade da violência intrafamiliar ocorrer entre todos os membros das famílias e, portanto, também a mulher ser a autora de atos violentos contra o homem, historicamente o que se observa é que as mulheres estão na grande maioria dos casos, mais suscetíveis à violência, e os homens configurando-se como os autores de atos violentos.

Descreve-se desse modo, uma “sociedade que está longe de ser igualitária, uma sociedade sexista, adultocêntrica, etnocêntrica e classista, na qual o poder de dominar e explorar define o caráter hierárquico das relações sociais e interpessoais”. (OLIVEIRA; MARTINS, 2007, p. 91).

No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas à violência e a cada quatro minutos, uma mulher é agredida. Em 85,5% dos casos de violência física contra mulheres, os agressores são seus parceiros. (ADEODATO et al., 2005, p. 109).

Pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo em 176 municípios de 25 estados das cinco macrorregiões brasileiras, encontrou que 18% das mulheres espontaneamente referiram ter sofrido violência por parte de algum homem. Dados anteriores da referida fundação mostraram que 2,1 milhões de mulheres brasileiras são espancadas por

ano; 175 mil por mês; 5,8 mil por dia e quatro por minuto. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

Na 29ª Sessão da ONU, realizada em Nova Iorque (junho/julho 2003), o governo brasileiro, por meio da Secretaria Especial de Políticas para as mulheres (SPM) propôs a composição de um Grupo de Trabalho para elaborar proposta de legislação sobre violência doméstica. (BRASIL, 2004i).

Dados mais recentes, divulgados no mapa da violência, relatório de 2011 revelam que entre 1980 e 2010 foram assassinadas aproximadamente 91 mil mulheres no país, passando de 1.353 para 4.297 mortes, um aumento de 217,6% nas mulheres vítimas de assassinato. Foram 43,5 mil mortes apenas na última década (2000 – 2010). A taxa desses assassinatos passou de 2,3 em 1980, para 4,4 em 2010, o que representa média de 4.350 mulheres assassinadas por ano, 362,5 por mês, 12,1 por dia, ou seja, a cada duas horas, uma mulher é assassinada no país. (WAISELFISZ, 2011).

Segundo dados do mapa da violência de 2012, 68% dos homicídios ocorrem na própria residência da mulher. Isso se deve ao fato de, em 86,2% dos casos, o assassino ser alguém da família ou próximo a ela. Os parceiros ou ex-parceiros respondem pelo índice de 42,5% e, entre mulheres da faixa dos 20 a 49 anos, eles são responsáveis por 65% das agressões. (WAISELFISZ, 2012).

Em São Paulo, estudo em um serviço de atenção primária mostrou que 57% das mulheres atendidas relatam algum episódio de violência física na vida. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Dentre as formas mais habituais de maus tratos e abusos praticados contra as mulheres, segundo Gomes, et al. (2005) estão: **1. Violência Sexual** (na forma de forçar relações sexuais, estuprar e assediar sexualmente, produzir gestos e atitudes obscenos, no trato com as mulheres; discriminar a mulher por sua orientação sexual); **2. Violência física** (agredir deixando marcas como hematomas, cortes, arranhões, manchas e fraturas; quebrar seus objetos, utensílios e móveis; rasgar suas roupas; esconder ou rasgar seus pertences e documentos; trancar a mulher em casa); **3. Violência Psicológica** (humilhar e ameaçar, sobretudo diante de filhos e filhas; Impedir de trabalhar fora, de ter sua liberdade financeira e de sair; deixar o cuidado e a responsabilidade do cuidado e da educação dos filhos e das filhas só para a mulher; ameaçar de espancamento e de morte; privar de afeto, de assistência e de cuidados quando a mulher está doente ou grávida; ignorar e menosprezar o seu corpo; insinuar que tem amante para demonstrar desprezo; ofender moralmente sua família; desrespeitar seu trabalho de cuidado com a família ou fora de casa; criticar de forma

depreciativa e permanentemente sua atuação como mãe e mulher; usar linguagem ofensiva);

4. Violência Social (oferecer menor salário que ao homem, para o mesmo trabalho; discriminar por atributos de gênero ou por aparência; assediar sexualmente; exigir atestado de laqueadura ou negativo de gravidez para emprego; promover e explorar a prostituição e o turismo sexual de meninas e de adultas).

Para entender e aprofundar o debate sobre a violência intrafamiliar é fundamental a análise sobre a violência e gênero e as relações de poder entre homens e mulheres em nossa sociedade.

1.2.2. Violência e gênero e a mulher em situação de violência

Ao analisar os discursos sobre a mulher em situação de violência, Gomes (2006) entende necessário problematizar as ideias mais recorrentes envolvidas na caracterização e nas formulações explicativas para a temática em questão.

A violência tem sido usada como instrumento de dominação da mulher ao longo da história, no intuito de colocá-la no "lugar" que a sociedade lhe reservou, ou seja, para permitir que a mulher se mantenha no cumprimento de um papel que lhe foi imposto socialmente.

Para entender esse processo de naturalizar a violência contra a mulher é preciso compreender em que momento à mulher é reservado este lugar. Sobre o processo histórico da família, Engels (1884/1980) discute que com a passagem da família comunista para a família patriarcal e, ainda mais, com a família individual monogâmica, o lar perdeu seu caráter social e se transformou em serviço privado.

De acordo com Reis (1994), a família burguesa do século XVIII rompe com os padrões anteriores em resposta às necessidades da nova classe dominante. Já no início do século XIX, o arranjo familiar era caracterizado pelo isolamento feminino e pela diferenciação entre o espaço doméstico do local de trabalho.

Assim, à mulher ficava reservado o espaço doméstico e delegado a ela o cuidado com os filhos. Era considerada menos capaz e mais emotiva que o homem e, apartada do processo de trabalho remunerado, a mulher tornava-se dependente materialmente do homem. Considerado racional, capaz de resolver todos os problemas e de posse da legitimidade do trabalho, o homem passa a exercer seu domínio sobre os demais membros da família. (REIS, 1994).

A construção social e cultural sobre o que significa ser mulher esteve calcada sobre a noção, amparada e legitimada pela ciência, de inferioridade biológica. (BARBOSA, 2001)

Para Engels (1884/1980), o lugar social das mulheres não expressa uma natureza feminina ou causado por fatores inatos, mas a relação entre homens e mulheres esteve determinada pelos processos socioeconômicos, elementos que conduziram à dominação masculina.

Dessa maneira, não são as características biológicas que determinam efetivamente o que é masculino ou feminino em dada sociedade, mas a forma como estas são socialmente representadas ou valorizadas, naquilo que se diz ou se pensa sobre elas em dado momento histórico. (BARBOSA, 2001).

O processo de privatização da vida familiar está articulado ao surgimento da família nuclear burguesa, estabelecendo o alicerce social da sociedade capitalista. (BARBOSA, 2001). Ao se tornar isolada, entretanto, a mulher se encontra apartada das redes sociais de apoio pelas quais estava amparada anteriormente nas aldeias e/ou comunidades. (REIS, 1994).

Monogamia e propriedade privada passam a se consistir em elementos fundamentais para a constituição do matrimônio, assinalando a passagem da união sindiásmica¹³ ao casamento monogâmico. Assegurar a fidelidade da mulher e, por conseguinte, a paternidade dos filhos, garante a transmissão da herança aos filhos legítimos, que marca a necessidade da nascente burguesia de acumulação material. Daí a importância da díade virgindade/fidelidade, que se torna desejável para garantir tal feito. (REIS, 1994). Igualmente, a reclusão doméstica da mulher assegura ao homem o controle sobre a sua sexualidade, que ideologicamente é compreendida como sinal de virtude.

Temos então estabelecidas as diferenças entre gêneros que abalizam o que é esperado socialmente para homens e mulheres, e que mais tarde são naturalizadas tanto quanto menos são conhecidas explicações para a gênese desta função. Assim, vemos polarizadas maneiras de ser que são atribuídas já ao nascimento de acordo com sua origem genética, baseadas na educação diferenciada segundo o gênero.

Com a consolidação dessa nova forma de organização familiar, passa a existir a correspondente definição social das mulheres como esposas e mães. A partir do século XVIII a maternidade coloca-se como questão central na constituição e na sustentação das ideologias de gênero e da definição dos papéis e identidades historicamente atribuídos às mulheres. Tornar-se mãe consolidou-se como a principal atividade e/ou função feminina. (BARBOSA,

¹³ De acordo com Engels (1884/1980), o matrimônio facilmente dissolúvel por ambas as partes, que Morgan chamava "família sindiásmica", teria precedido a família monogâmica até atingir o que conhecemos como modelo de família na atualidade. No regime de matrimônio por grupos, assinala Engels, "já se formavam uniões por pares, de duração mais ou menos longa; o homem tinha uma mulher principal (ainda não se pode dizer que fosse uma favorita) entre suas numerosas esposas, e era para ela o esposo principal entre todos os outros" (p.48). O lar comunista sindiásmico significava o predomínio da mulher na casa.

2001). A função paterna foi gradativamente assumida por instituições sociais que transmitirão os valores de ordem e obediência, preparando cidadãos disciplinados e submissos. (BARBOSA, 2001). As crianças nascidas neste contexto são fonte de preocupação em saúde. Assim, um número crescente de profissionais de saúde como assistentes sociais, professores e outros correlatos assumiam a tarefa de resguardar as crianças a fim de “evitar que as futuras gerações tornassem-se 'perniciosas' à sociedade”. (BARBOSA, 2001, p. 84).

No século XIX, com a consolidação do sistema capitalista, inúmeras mudanças ocorreram na organização do trabalho feminino. Com o desenvolvimento tecnológico e o intenso crescimento da maquinaria no contexto da revolução industrial e sua decorrente transformação social e econômica, verificamos a intensificação da inserção feminina no mundo do trabalho, sobretudo nas fábricas. (NOGUEIRA, 2004).

Marx (1867/1982b) analisa que a maquinaria

Tornando supérflua a força muscular permite o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com desenvolvimento físico incompleto, mas com membros mais flexíveis. Por isso, a primeira preocupação do capitalista ao empregar a maquinaria foi a de utilizar o trabalho das mulheres e das crianças. Assim, de poderoso meio de substituir trabalho e trabalhadores, transformou-se imediatamente em meio de aumentar o número de assalariados, colocando todos os membros da família do trabalhador, sem distinção de idade ou sexo, sob o domínio direto do capital. (p.449-450).

Assim, a inserção da mulher no mercado de trabalho contribuiu para a redução dos salários e para o aumento da massa de reserva de trabalhadores e gerou, com o acréscimo de sujeitos disponíveis aos postos de trabalho, a competição entre os trabalhadores.

De tal modo, no plano econômico, o trabalho remunerado feminino foi tornando-se cada vez mais necessário ao sustento familiar. (BARBOSA, 2001). No plano político-ideológico, entretanto, o emprego feminino entra em conflito com os deveres domésticos.

No início do século XX, o emprego feminino, compreendido como inevitável, apenas era considerado oportuno ao permitir às mulheres a manutenção dos deveres domésticos. (BARBOSA, 2001).

Como assinala Besse (1999), era "crucial para a estabilidade da família (e, por extensão, para a ordem pública) e essencial para os empregadores que buscavam manter baixos os custos da mão de obra, que o emprego feminino continuasse a ser 'complementar' ao emprego masculino." (p. 147). Se a saída da mulher para o mercado de trabalho poderia aparentemente representar sua autonomia e independência financeira perante o homem, marca a intensificação da exploração da classe trabalhadora e dupla jornada de trabalho, podendo resultar em sobrecarga e sofrimento.

A família consiste em uma instituição que, como podemos perceber, assume diferentes arranjos de acordo com o contexto e é, portanto, socialmente produzida.

Em conformidade com Reis (1994), a família exerce, dessa forma, função econômica no que se refere à reprodução de mão de obra – atrelada ao imperativo material de reprodução biológica, e à função ideológica da família – é neste núcleo que os indivíduos são educados para continuar biológica e socialmente a estrutura familiar e reproduzem a ideologia dominante.

Por intermédio da família, valores, normas, regras sociais que são cotidianamente transmitidos, internalizados e reproduzidos na vida dos seus membros, podendo resultar na naturalização das relações sociais e consequentemente na crença da imutabilidade dos papéis sociais. É responsável ainda tal instituição, por produzir subjetividades no cotidiano de cada indivíduo, desde os primeiros momentos de vida dos sujeitos, responsável, em grande parte, pela estruturação da vida psíquica.

Apesar de séculos terem se passado desde a origem da família nuclear burguesa, ainda hoje imperam desigualdades referentes ao gênero.

O cenário atual mostra que as mulheres brasileiras representam 51,3% da população geral (IBGE 2010); 51,9% do eleitorado (TSE, 2012), 49,7% da População Economicamente Ativa (PEA) (BRASIL, 2010c) e consta que 35,2% das famílias brasileiras são chefiadas por mulheres (DIEESE, 2011). No campo da política formal, entretanto, apenas 19% dos cargos no Congresso Nacional são ocupados pelas mulheres (BRASIL, 2009) e nas Assembleias Estaduais são menos de 10% dos cargos (BRASIL, 2010d), o que demonstra a sub-representação feminina em instâncias do poder.

Segundo pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher (Nepem-UFMG), o índice brasileiro de participação de mulheres na política é semelhante ao dos países árabes. Os maiores índices de participação feminina na política, de acordo com o levantamento, são encontrados nos países escandinavos, que registram índices da ordem de 41%. (CEM, 2011).

O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) divulgou que a mulher recebe em média, 86,25% do que é geralmente pago aos homens, revelando a ainda prevalente disparidade na remuneração de mulheres que desempenham funções semelhantes à dos homens. (BRASIL, 2011d).

Estes dados demonstram o quanto a relação de equidade entre homens e mulheres ainda está distante de ser realidade. Mesmo com os discursos de igualdade entre os gêneros

disseminados atualmente, vemos que a inserção da mulher no mercado de trabalho e a conquista de sua autonomia financeira não se reverteram em igualdade de direitos.

A crítica à violência contra a mulher, de acordo com Gomes (2006), foi articulada pelo movimento feminista realizado no final do regime militar e se deu pelo atravessamento das denúncias à sobre a ausência de propostas democráticas frente à questão. A expressão refere-se à violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos e considera também outras formas de violência como estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, seja por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados (GROSSI, 1995, citado por SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Iniciou-se, a partir das últimas décadas do século XIX, o movimento de mulheres, primeiramente na Inglaterra, que se organizaram para lutar por seus direitos ao voto – o sufrágio universal, que no Brasil aconteceu na década de 1930. (PINTO, 2010).

Este feminismo inicial, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos e no Brasil, perdeu força a partir da década de 1930 e só aparecerá novamente, com importância, na década de 1960. (PINTO, 2010). Entretanto, neste período no Brasil, ao contrário de outros países, havia um cenário autoritário. Com o golpe militar, o país é tomado no ano de 1964, pela ditadura militar. Neste momento, vivia-se num contexto de repressão total da luta política legal, transformando os grupos de esquerda em clandestinos, impelindo uma parcela a ingressar em movimentos da guerrilha. (PINTO, 2010)

É a partir da década de 1960 então, que, juntamente com outros movimentos reivindicatórios, o feminismo emergiu como movimento social e político, com caráter denunciativo¹⁴ frente à situação de opressão e exploração em que se encontravam praticamente a maioria das mulheres na sociedade. (BARBOSA, 2001).

Tais denúncias referiam-se a questões “cotidianas de vida das mulheres que não eram problematizadas, ou eram interpretadas ‘cientificamente’ como pertencentes à esfera da natureza – biológica, genética, psicológica ou espiritual – feminina”. (BARBOSA, 2001, p. 57).

¹⁴ Romito (1997) denomina este primeiro momento de nomeação, quando as feministas começam a qualificar, classificar e tornar visíveis sua condição, e começam a denunciar as experiências de vida sofridas das mulheres. Surgem, pois, questões como violência doméstica, violência sexual, assédio sexual, estupro, dentre outras. Nesse sentido, o ato de nomear, de acordo com a autora, imprime visibilidade aos problemas femininos que eram desconhecidos ou ignorados, e, desse modo, é definido como inaceitável o que era antes aceitável, insistindo que o que antes era naturalizado passa a ser compreendido como problemático. (ROMITO, 1997).

Assim, passa a fazer parte da atividade dos grupos organizados de mulheres a teorização, que expressou a necessidade de se elaborar referenciais explicativos para a opressão feminina, entendendo que era necessário compreender o fenômeno, mas acima de tudo, que esta compreensão fornecesse bases que permitissem pensar em formas para transformar esta realidade.

Como decorrência destas reflexões, ao longo das décadas de 1960 e 1970, instâncias como família, casamento, sexualidade e vida privada puderam ser alvo de discussões e são expostas como espaços onde se exercem relações de poder e de controle político-ideológico sobre a reprodução social.

A divisão sexual do trabalho, as conexões entre produção e reprodução social e o significado econômico do trabalho doméstico, de acordo com Barbosa (2001), foram algumas das questões centrais enfocadas pela maioria das vertentes feministas.

As primeiras manifestações feministas no Brasil na década de 1970, em linhas gerais, marcam o ingresso do movimento na cena política. Estavam atreladas a um amplo e heterogêneo movimento que se articulava em oposição às formas de opressão das mulheres na sociedade juntamente com a resistência à ditadura militar e às lutas pela redemocratização, em que o Estado constituía-se como o inimigo comum. (SARTI, 2004; PINTO, 2010). Nas décadas seguintes este movimento, dentro das possibilidades e limites que se explicitaram no processo de abertura política, o movimento segue em desenvolvimento. (SARTI, 2004).

Em 1975, acontece no México a I Conferência Internacional da Mulher, e a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou que os próximos dez anos fossem tratados como a década da mulher. No Brasil, neste mesmo ano, foi realizada uma semana de debates intitulada “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”, com o patrocínio do Centro de Informações da ONU. No mesmo ano, foi lançado o livro *Movimento Feminino* pela Anistia, de Terezinha Zerbini que desempenhou papel relevante na luta pela anistia, que ocorreu em 1979. (PINTO, 2010).

Com o processo de redemocratização dos anos 1980, o feminismo no Brasil entra em uma fase de grande movimentação na luta pelos direitos das mulheres, com temas que reivindicam olhares para a violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, opções sexuais. (PINTO, 2010).

Estes grupos organizavam-se, segundo Pinto (2010), próximos aos movimentos populares de mulheres que estavam, também neste período, envolvidas nos bairros pobres lutando por educação, saneamento básico, moradia e saúde. A autora afirma ainda que, apesar

de o movimento possuir suas origens na classe média intelectualizada, a interface com as classes populares contribuiu para provocar novas percepções, discursos e ações.

Nesta mesma década, o feminismo brasileiro conquistou uma das mais significativas vitórias – a criação do Conselho Nacional da Condição da Mulher (CNDM), em 1984. Juntamente com importantes grupos – como o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), de Brasília – promoveu uma campanha nacional para a inclusão dos direitos das mulheres na nova carta constitucional. Entre 1975 e 1985, lideranças femininas intensificaram seus esforços e mobilizações a fim de retirar a violência contra a mulher da condição de fenômeno invisível e privado e tratá-la como problema social, exigindo do Estado sua responsabilidade como poder público.

Esse esforço resultou na incorporação dos temas reivindicados pelo movimento de mulheres na redação da Constituição de 1988, que é considerada uma das que mais garante direitos para a mulher no mundo. (PINTO, 2010)

Porém, a partir da década de 1980, há um retrocesso conservador coincidente com a institucionalização do feminismo na área acadêmica. Castro (2000) critica a desvinculação da análise crítica sobre as reais condições de vida da maioria das mulheres e, em conformidade com a autora, se aprofunda a exploração do trabalho feminino, analisando que, conseqüentemente, as discussões sobre a divisão sexual do trabalho, antes interligadas aos mecanismos de exploração de classe, praticamente desapareceram do cenário feminista acadêmico.

Ao longo da década de 1990, o capitalismo, na sua versão neoliberal, empreendeu sua marcha atingindo todo o mundo, fenômeno denominado 'globalização' - resultando, de acordo com Barbosa (2001), em

concentração de riqueza ímpar, no desmonte da seguridade social, na crescente privatização dos estados, com a conseqüente retração das políticas sociais, na desregulamentação da legislação trabalhista, redundando na precarização e terceirização do trabalho, entre outros fenômenos que vêm fragmentando as relações sociais e enfraquecendo os vínculos associativos. (p. 59).

Como consequência, temos, no plano ideológico, a descrença popular na participação política formal, que, aliada ao fenômeno da corrupção do estado pelas elites dominantes, entre outras questões, refletiram em desmobilizações e retração dos movimentos sociais e sindicais, segmentos antes engajados na luta contra o capitalismo. (BARBOSA, 2001).

Nos anos que se seguem, o movimento passa por um processo de profissionalização, que se deu por meio da criação de Organizações Não Governamentais (ONGs), focadas

especialmente na intervenção junto ao Estado para aprovar medidas protetoras para as mulheres e ocupar espaços de participação política. (PINTO, 2010).

Diante desse movimento reivindicatório surgem as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM). Estas representavam espaço público em que se desenvolviam o discurso sobre o direito da mulher e tratamento equitativo perante a denúncia de situações de violência. (GOMES, 2006). Outra conquista comemorada pelo movimento foi a aprovação, já no ano de 2006, da Lei n. 11 340, conhecida como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (PINTO, 2010)

Ao falar de feministas e movimento feminista, temos que pontuar, entretanto, que não há uma unidade em todo o movimento, e que diversas formas de compreender o fenômeno e diferentes vertentes do feminismo coexistem dentro deste movimento. Além disso, há diferentes momentos históricos pelos quais o movimento passou e dessa forma, as ideias sobre o tema ainda passaram por diferentes formas de compreensão. Não há, portanto, modo singular a todos os olhares que conduzem ao conceito de violência contra a mulher ou que analisam a violência de gênero valendo-se deste enfoque. (SAFFIOTI, 2001).

Para Araújo (2000), o feminismo marxista permitiu, entre outras questões, problematizar e questionar relações desiguais socialmente construídas e naturalizantes do gênero, presentes em contextos sócio-históricos determinados. Ao analisar o modo de produção capitalista, possibilitou ao feminismo situar a função do trabalho doméstico no ciclo produtivo e reprodutivo e, por fim, a análise sobre a ideologia ofereceu elementos para compreender as dimensões simbólicas e culturais que sustentam e mantêm as relações de exploração e opressão sobre as mulheres.

Castro (2000), no mesmo sentido, identifica pontos de convergência entre o marxismo e o feminismo:

compartem [...] a ênfase na materialidade existencial (para alguns feminismos, a vida cotidiana, para outros, a textual, e, para outros ainda, o cenário histórico - hoje, o capitalismo em formato neoliberal), considerando que essa materialidade se sustenta por práticas em um real vivido e um real idealizado e ideologizado (em instituições, no privado e no público, e na micro-política das relações sociais). (p. 99).

Havia na relação entre feminismo e marxismo, uma afinidade teórica e política que ansiava por transformações nas situações de exploração e opressão, que não apartava a dimensão das desigualdades à luta contra o capitalismo. (HENNESY; INGRAHAM, 1997, citado por BARBOSA, 2010).

O feminismo marxista, em conformidade com Barbosa (2001), articula a subordinação das mulheres aos mecanismos mais amplos de dominação e realiza as articulações necessárias entre vida material e existência das elaborações simbólicas que as explicam, justificam ou as questionam, estabelecendo as conexões entre produção e reprodução social, entre divisão social e sexual de trabalho e, em última análise, entre o sistema de gênero e o de classe social. (BARBOSA, 2001).

O termo ‘gênero’ passou então a ser utilizado pelas feministas para traduzir as diversas formas de interação humana, buscando conceituá-lo como as *relações sociais* estabelecidas entre homens e mulheres a partir das diferenças culturais e não das especificidades biológicas atribuídas aos gêneros masculino e feminino e apresentou avanço no sentido da desnaturalização dos maus tratos e a negação dos direitos da mulher como algo normal e aceitável à condição feminina. (GOMES, 2006, p. 205. Grifos nossos.).

O conceito de ideologia aplicado ao gênero implica na possibilidade de desvelar os interesses do capitalismo na manutenção da condição de exploração das mulheres, o que assegura, juntamente com outros mecanismos, a manutenção e reprodução deste sistema social. As mulheres, portanto, não são tomadas como categoria universal, mas transversalizadas na classe social. (BARBOSA, 2001).

As relações entre natureza e sociedade e entre ciência e ideologia, são estratégicas para a desnaturalização do gênero, e conferem às mulheres conhecimento teórico-prático – instrumento crítico e potencialmente transformador – para a luta política pela emancipação das mulheres no enfrentamento do capitalismo. (BARBOSA, 2001).

O movimento feminista, portanto, revelou-se como potente na mobilização das discussões e reivindicações no campo das desigualdades e da vivência de opressão das mulheres. Indubitavelmente, inseriu questões novas e originais, que não haviam sido ainda problematizadas como a dimensão política do corpo, da sexualidade e das relações íntimas, a relevância da esfera doméstica para a produção e a reprodução social, entre outros aspectos da vida social até então ‘privatizados’ e/ou ‘naturalizados’. (BARBOSA, 2001). Portanto, o feminismo inegavelmente alargou, em muitos sentidos, não apenas a crítica teórica e prática sobre a exploração e a opressão social, mas a crítica permitiu conquistas importantes com o objetivo de estreitar as desigualdades sociais.

Compreendida como um problema que está ligado à relação de poder, a violência de gênero abrange a violência que é praticada por homens contra as mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres. Mesmo considerando que a mulher possa vir a

ser agente de violência na sua relação com o homem, culturalmente, na sociedade brasileira e no mundo, em sua grande maioria a mulher é a vítima preferencial. (BRASIL, 2007a).

O conceito de violência de gênero revela a relação de poder e dominação do homem e de submissão da mulher. Demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens são cristalizados e reproduzidos socialmente ao longo da história, permitindo a manutenção das relações violentas entre homens e mulheres.

Gomes (2006) refere que as pesquisas da década de 1990 abordavam o tema como “violência contra a mulher” o que poderia representar a redução do debate à “vitimização” da mulher, ao passo que “situar a discussão na relação “violência e mulher” contribuiria para o avanço no aspecto de considerar a mulher a partir do status de sujeito de direitos”. (p. 200).

Busca-se então compreender como, para além de vitimização da mulher, passar a considerá-la como sujeito que se insere num conjunto de relações conhecidas como violentas. Nesse sentido, as relações de gênero podem servir de base para uma consistente explicação sobre as relações violência-homem-mulher. (GOMES, 2006). No entanto, para que esse modelo explicativo avance, “é preciso, antes de tudo, que a palavra ‘gênero’ seja compreendida a partir de uma *perspectiva relacional*”. (GOMES, 2006, p. 208. Grifos nossos).

Assim, deslocar a abordagem do feminino permite se pensar sobre as estratégias de conhecimento e de intervenção que abordem os homens, numa dimensão relacional. A própria expressão violência contra a mulher aponta para a vitimização feminina. (GOMES, 2006).

Gomes (2006) frisa a necessidade de fugir do lugar comum atribuído à mulher, qual seja compreendê-la como vítima e desse modo, avançar na discussão para além da vitimização feminina, pensando as formas de violência expressas por homens e por mulheres. A irredutibilidade da mulher ao papel de vítima, afirma o autor, tem origem, sobretudo, “no campo do direito, no qual ou se é vítima ou se é agressor”. (p. 210).

O autor observa ainda que dessa maneira, “a temática ‘mulher em situação de violência’ aponta a possibilidade de problematizar posições agressor/vítima numa perspectiva de gênero”. (p. 212). Nesse sentido, as dissociações entre agressor-homem e vítima-mulher poderão ajudar nessa discussão.

A Lei Maria da Penha¹⁵, marco no combate à violência doméstica, é caracterizada pelo seu maior cunho educacional e assistência à mulher do que seu caráter de punição ao autor da agressão. A proposta é que, para além da punição, seja possível compreender as necessidades dessa família, incluindo o homem. O risco em classificar esse homem unicamente como o agressor e que, portanto, precisaria ser punido, e a mulher como vítima passiva nesta relação, como mencionado anteriormente, descola os envolvidos de todo um contexto, de uma realidade social, o que significaria assumir uma visão reducionista deste homem e desta mulher. Ao não ouvir as pessoas envolvidas no conflito, não possibilita compreender sua vivência e sua percepção sobre a realidade.

Contudo, se faz necessário pensar em estratégias que possibilitem refletir o fenômeno da violência valendo-se de ações preventivas e, não apenas como uma questão de polícia, mas inserindo o tema para a reflexão e a ação do Sistema Único de Saúde e da sociedade como um todo. (BRASIL, 2007a).

1.2.3. Da violência que se apresenta à Saúde Coletiva

O documento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” se insere nas recomendações do Informe Mundial da OMS (2002) sobre violência e Saúde, com o propósito de subsidiar o estabelecimento de políticas para o seu enfrentamento (OMS, 2002 citado por BRASIL, 2005a).

Discute que a violência tem se caracterizado ultimamente como um problema de saúde para os brasileiros, e que esta tem assumido diferentes formas e naturezas. A violência não se caracteriza, em si, numa questão de saúde pública, mas se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares do setor. (BRASIL, 2005a).

¹⁵ Embora não seja objeto de explicitação e aprofundamento neste trabalho, é importante citar a aprovação da Lei Nº 11.340 /2006 que ficou conhecida como Lei Maria da Penha, nome de uma mulher que protagonizou uma história de violência doméstica e familiar em 1983, tendo como resultado lesões irreversíveis à sua saúde, como paraplegia e outras sequelas. (BRASIL, 2007a). A Lei tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos, altera o Código Penal e possibilita que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê medidas de prevenção da violência, assim como de proteção e assistência integral à mulher e ainda, a proibição da aplicação de penas como o pagamento de cestas básicas, visto que essas penas alternativas não configuravam papel pedagógico, não oferecendo dessa maneira instrumentos para refletir sobre a violência e, portanto, que contribuíssem para sua superação.

O documento afirma que os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. (BRASIL, 2005a).

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5, citado por BRASIL, 2005a, p. 10).

Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, internações, assistência e reabilitação de alta complexidade e, portanto, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos de saúde convencionais. Desse modo, o Brasil seria o “país que mais sofre com a violência doméstica, perdendo 10,5% do seu PIB. [...] Além disso, a violência doméstica tem sido associada a frequente procura dos serviços médicos”. (ADEODATO et al., 2005, p. 109).

Muitas mulheres, conforme Adeodato et al. (2005), procuram atenção médica com sintomas que podem sugerir uma história de violência doméstica. São eles: sintomas de depressão e de ansiedade, desordem de estresse pós-traumático, aumento do uso de álcool e outras drogas e mudanças no sistema endócrino. Queixas vagas, cefaleia, distúrbios gastrointestinais, queixas ginecológicas e sofrimento psíquico em geral são também mencionados por diversos estudos (SCHRAIBER et al., 2000; MENEZES et al., 2003; FORTES et al., 2004; FONSECA et al., 2008; VALLA, 2001).

Gravidez indesejada (TAVARES, 2000), abortos espontâneos ou provocados e doenças sexualmente transmissíveis (DST), abusos sexuais, podem se constituir em consequências das violências às quais as mulheres estão inseridas (SCHRAIBER et al., 2000).

Alguns estudos consideram como hipótese, pela prevalência com que ocorre, a associação entre violência e o nascimento de bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer. (MENEZES et al., 2003; AUDI et al., 2008).

Além disso, podem ser elencadas ainda outras consequências à vida das pessoas em situação de violência, como perdas na aptidão para o trabalho e em dias trabalhados. Estima-se que um em cada cinco dias de falta ao trabalho é decorrente de violência sofrida pelas mulheres no âmbito doméstico. (PNUDE/IPEA, 1996).

O impacto econômico da violência é igualmente alto. Estima-se que os gastos na área de saúde em virtude da violência consumam aproximadamente 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Essa cifra, se incluídos os custos indiretos e as transferências de recursos para Estados e municípios, pode chegar a 10,5%. (BRASIL, 2012).

Apresenta ainda tal problemática, riscos à vida das mulheres, não representados apenas no número de homicídios aos quais estão sujeitas. (WAISELFISZ, 2011; 2012, SCHRAIBER, L. B. et al. 2000). Mulheres em situação de violência consideram, de acordo com alguns autores, o suicídio como uma forma para se libertarem da violência e tornam-se, portanto, mais propensas a cometer suicídio. (SCHRAIBER et al., 2000; TAQUETTE, 2007; BRASIL, 2011e).

Nesse sentido, é fundamental que os trabalhadores da saúde sejam capazes de identificar as conexões violência-saúde e a forma como a mulher entende as relações entre suas queixas e a situação de violência. (D'OLIVEIRA et al., 2009, p. 1046).

Entretanto, sabe-se que a violência intrafamiliar afeta a todos que, de alguma forma, se envolvem com ela. O contato com situações de sofrimento e risco, a insegurança e os questionamentos que desperta, bem como a impotência em obter soluções imediatas podem também afetar a saúde mental dos trabalhadores da saúde que lidam com o problema. Por este motivo, é preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação que proporcionem respaldo à equipe para expor e trabalhar seus sentimentos e reações. (BRASIL, 2007a).

Com base no exposto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apresenta documento para discussão sobre violência e propõe diretrizes para sua abordagem como problema de saúde pública. (BRASIL, 2007a). Sugere, para tanto, a inclusão da violência na agenda de prioridades das Secretarias de Saúde, a inserção do tema no rol de ações e indicadores do Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão, e pontua que o enfrentamento da violência deve passar não apenas pela organização do atendimento às vítimas e reabilitação, mas também por ações de promoção à saúde, de vigilância e de prevenção, sendo de fundamental importância desenvolver a intersetorialidade, envolvendo os vários segmentos para o enfrentamento do problema. (BRASIL, 2007a).

A rede de serviços deve ser apresentada pelo trabalhador da saúde à mulher para que esta possa decidir quais serão mais importantes no momento para ela. Esta rede deve incluir, a depender dos casos, serviços de assistência jurídica, policial, psicossocial, abrigos e recursos comunitários como atividade de cultura e lazer, educação, creche, trabalho, moradia, etc. (D'OLIVEIRA et al., 2009, p. 1046).

O Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), no entanto, tece críticas às prefeituras e governos estaduais quanto à implantação das políticas públicas para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres, pois entende que os recursos orçamentários destinados à temática ainda é bastante tímido e revelam a falta de prioridades dos governos que permanecem restritos aos discursos e ações insuficientes para a promoção da igualdade de gênero, que contam com pequena estrutura e poucos recursos que muitas vezes não são liberados ou mesmo são redirecionados para outras atividades. (CFEMEA, 2008).

Diante do contexto de violência vivenciado no Brasil, verifica-se que as políticas sociais adotadas pelo Estado não têm o poder de eliminar os conflitos e as desigualdades existentes no interior da sociedade capitalista, mas os mascaram, reproduzindo e legitimando assim sua ideologia e antagonismos.

Os valores e anseios que permeiam demandas por liberdade e felicidade são características da modernidade. Quando se pretende compreender a existência da violência, qualquer que seja ela, em qualquer espaço em que esta se manifeste, o desafio é refletir sobre a liberdade como necessidade. Fazer esta reflexão é um movimento importante a fim de identificar quais são as razões, motivos, sentidos e significados que nos levam a aceitar o seu contrário, isto é, a sujeição. Nesta relação de afeto entre este homem e esta mulher, tomados no objeto de estudo em questão, existe uma relação de servidão, uma relação de sujeição colocada. E porque os sujeitos aceitam viver nesta condição? Que motivos estão envolvidos no assujeitar-se?

1.2.4. A violência como impedimento à liberdade

A pergunta que La Boétie apresenta no século XVI continua sendo a mesma ainda hoje: porque consentimos em submetermos? No ensaio “Discurso da servidão voluntária”¹⁶, Etienne de La Boétie (1530-1563) procurava compreender por que os homens renunciam à liberdade e voluntariamente se punham a servir aos tiranos.

Entre muitos pontos relevantes da obra, ressalta-se a reflexão sobre a ilegitimidade do poder que um só homem pode adquirir e exercer sobre os outros. La Boétie (1571/s/d) afirma no Discurso, a liberdade e a igualdade de todos os homens, e evidencia a utilização das crenças religiosas com a função de manter o povo subordinado às monarquias. O autor sugere

¹⁶ A primeira publicação do Discurso se deu em 1571 pelo filósofo Montaigne (1533– 1592), amigo de La Boétie.

ainda que a servidão está posta como uma irracionalidade relacionada a uma espécie de adoecimento coletivo.

Questiona o autor quais seriam as forças que estariam determinando que apenas um homem fosse capaz de dominar e se fazer obedecer por um número infinito de pessoas e, mais do que isto, se fizesse legitimar esta dominação pelos próprios servos. A observar esta condição, questiona se seria possível tratar-se apenas de um acovardamento, em que os submissos, tão superiores em número, ainda assim não se defendessem ou se atrevessem a desafiar o jugo:

É o povo que se escraviza, que se decapita, que, podendo escolher entre ser livre e ser escravo, se decide pela falta de liberdade e prefere o jugo, é ele que aceita o seu mal, que o procura por todos os meios. (LA BOÉTIE, 1571/s/d, p. 6).

Ao discutir a liberdade que supostamente todos teriam para escolher entre servir ou libertar-se, entretanto, La Boétie considera que, antes, é preciso conhecer como o servir foi se arraigando a ponto de a liberdade parecer coisa pouco natural.

Nesse sentido, o autor discorre:

Incrível coisa é ver o povo, uma vez subjugado, cair em tão profundo esquecimento da liberdade que não desperta nem a recupera; antes começa a servir com tanta prontidão e boa vontade que parece ter perdido não a liberdade, mas a servidão.

É verdade que, a princípio, serve com constrangimento e pela força; mas os que vêm depois, como não conheceram a liberdade nem sabem o que ela seja, servem sem esforço e fazem de boa mente o que seus antepassados tinham feito por obrigação.

Assim é: os homens nascem sob o jugo, são criados na servidão, sem olharem para lá dela, limitam-se a viver tal como nasceram, nunca pensam ter outro direito nem outro bem senão o que encontraram ao nascer, aceitam como natural o estado que acharam à nascença. (LA BOÉTIE, 1571/s/d, p. 12).

Não seria possível, de acordo com o autor, o indivíduo avaliar a liberdade, uma vez que nunca a tivera vivenciado, pois não se pode lastimar-se pelo que é desconhecido e nem, do mesmo modo, um povo aceitar a sujeição, depois de ter conhecido a liberdade. Conclui, assim, que a primeira razão que leva os homens a servirem é terem nascido e sido criados na servidão: “Com a perda da liberdade, perde-se imediatamente a valentia. As pessoas escravizadas não mostram no combate qualquer ousadia ou intrepidez.” (LA BOÉTIE, 1571/s/d, p. 17-18).

Contudo, lembra La Boétie que a dominação não recorre apenas a recursos como o uso da força ou estratégias violentas e cruéis. Conta em sua obra o exemplo de Ciro, que depois de ter se apoderado de Sardes, capital da Lídia, aprisionou o rei Creso. Instalou-se então a

revolta do povo de Sardes. No entanto, não desejando saquear a cidade nem querendo enviar para lá um exército, utilizou-se de outro recurso. Fundou bordéis, tabernas e jogos públicos e decretou que os habitantes estavam obrigados a frequentá-los. O resultado foi tal que se tornou desnecessário o uso de força contra os lídios, que passaram a inventar diversos tipos de jogos, de tal forma que a palavra latina usada para designar “passatempos” é a palavra “ludi”, que vem de “Lydi”, lídios.

O assujeitar-se parece então, de acordo com La Boétie, instalar-se por meio de estratégias que acobertam sua verdadeira razão dos acontecimentos, e pode se dar desde o nascimento de alguns, que, tendo nascido já sob o domínio, não vislumbravam a libertação. Se a dominação acontece nos níveis dos governantes aos governados legitimados pelo poder, seja ele a monarquia ou a “legitimação” do poder instituído pelo voto popular, acontece também nos níveis mais imediatos, como nas relações interpessoais. Questiona o autor se haveria condição mais miserável do que viver sujeitado a outrem:

Que tormento, que martírio este, Deus meu: viver dia e noite a pensar em ser agradável a alguém e, ao mesmo tempo, temê-lo mais do que a qualquer homem!

Que tormento estar sempre de olho à espreita, de ouvido a escuta, a espiar de onde virá o golpe, para descobrir embustes, examinando sempre as feições dos companheiros [...].(LA BOÉTIE, 1571/s/d, p. 29).

Assim, tomemos para análise as famílias que se encontram em situação de violência. Diante desse campo, poderíamos assumir as visões que se encontram em dois polos: ou a crença ilusória sobre a existência de liberdade para mudar a situação em qualquer direção, vinculada ao querer individual, ou restaria apenas resignação diante da impossibilidade de algo que se possa fazer.

Aparentemente, diante da adversidade, estas renunciam a enfrentá-la, e tornar-se-iam, deste modo, cúmplices desta. A ideologia do igualitarismo burguês infunde a concepção de que a sociedade oferece a todos as mesmas oportunidades e que, portanto, todo e qualquer indivíduo, independente da posição de classe, gênero e etnia, encontra-se na universalidade das chances de obter riqueza, status e prestígio de acordo com a sua dedicação ao trabalho. (BARBOSA, 2001). Ou seja, as condições *a priori*, as especificidades de seu contexto histórico, político, biológico e as necessidades decorrentes de tais condições às quais os indivíduos nascem e estão inseridos, são desconsideradas.

Todavia, faz-se relevante a análise sobre qual o poder e, sobretudo, a consciência que possuem os indivíduos sobre os determinantes da vida cotidiana. Em outras palavras, até onde alcança a liberdade?

A princípio podemos nos deparar com o axioma de que a realidade é feita de situações adversas e opressoras, contra as quais nada podemos. Tomemos uma reflexão apontada por Chauí (2000):

Se, por exemplo, nasci negra, mulher, numa família pobre, numa sociedade racista, machista e classista, que me discrimina racial, sexual e socialmente, que me impede o acesso à escola e a um trabalho bem remunerado, que me proíbe a entrada em certos lugares, que me interdita amar quem não for da mesma “raça” e classe social, como dizer que sou livre para viver, sentir, pensar e agir de uma maneira que não escolhi, mas foi-me imposta? (p. 462).

Em outras palavras, de imediato, o que se nos apresenta é o conformar-se, resignar-se frente às circunstâncias que *a priori* determinam a existência.

A autora retoma que a concepção de liberdade foi desenvolvida por uma escola de pensamento do período helenístico, o estoicismo, ressurgindo no século XVII com o filósofo Espinosa e, no século XIX, com Hegel e Marx. Conservam estes, em conformidade com Chauí (2000), a ideia de que ser livre significa agir sem ser constrangido por nada ou por ninguém e, portanto, movido por uma força interna própria. No entanto, a liberdade não é concebida no ato de escolha realizado pela vontade individual, mas na atividade do todo, do qual os indivíduos são partes.

O todo ou a totalidade – uma formação histórico-social, para Marx seria livre em si mesma porque nenhuma força exterior a obriga e, por sua liberdade, institui regras e normas que servirão de mediação para o convívio dos indivíduos. Para Chauí (2000), a liberdade humana, não se caracteriza como um poder individual incondicionado orientador da escolha. Esta concepção de liberdade, de acordo com a autora, introduz a noção de possibilidade objetiva, considerando que o possível não é apenas sentido ou percebido subjetivamente, mas é também e, sobretudo, inscrita no campo da necessidade, indicando a possibilidade humana para a transformação de determinada situação em certas direções e sob certas condições. A liberdade é então, afirma Chauí (2000), a capacidade para perceber tais possibilidades e o poder para realizar ações comprometidas com a mudança, imprimindo outro sentido para o vivido:

[...] é a consciência simultânea das circunstâncias existentes e das ações que, suscitadas por tais circunstâncias, nos permitem ultrapassá-las [...] A liberdade é a capacidade para darmos um sentido novo ao que parecia fatalidade, transformando a situação de fato numa realidade nova, criada por nossa ação. Essa força transformadora, que torna real o que era somente possível e que se achava apenas latente como possibilidade, é o que faz surgir uma obra de arte, uma obra de pensamento, uma ação heróica, um movimento anti-racista, uma luta contra a discriminação sexual ou de classe

social, uma resistência à tirania e a vitória contra ela. (CHAUI, 2000. p. 470).

A autora considera que existem três prerrogativas necessárias para exercer-se a liberdade. A primeira refere-se ao reconhecimento da contradição entre o ideal e a realidade, presente entre os valores que são disseminados na nossa sociedade, mas que, no entanto, a sociedade está organizada e estruturada de modo a impedi-los. (p. 470).

Outro momento corresponderia à indagação da existência de outras possibilidades e, identificar a existência destas possibilidades estaria relacionado ao poder para torná-lo real, para passar ao possível, isto é, “uma outra sociedade que concretize no real aquilo que a nossa propõe no ideal”. (p. 470).

O terceiro momento está relacionado, de acordo com a autora, à decisão de agir e ainda à escolha dos meios disponíveis ou possíveis para viabilizar esta ação. O último momento da liberdade consistiria, dessa forma, na realização da própria ação “para transformar um possível num real, uma possibilidade numa realidade”. (p. 470).

Liberdade significa, dessa maneira, conhecer as condições concretas as quais estamos situados bem como os determinantes para as nossas ações. Tal conhecimento das condições e causas que atuam sobre nós, garante subsídios para agir sobre estas. Não há, dessa maneira, liberdade total para todas as escolhas, mas sim para fazer tudo quanto esteja de acordo nossa capacidade de agir em determinadas circunstâncias e que por sua vez, são condicionadas por estas mesmas circunstâncias.

Assim, a relação da violência com a saúde mental torna-se uma questão importante ao abordarmos o direito à saúde. A discussão do processo saúde-doença evidencia esta questão como um dos direitos humanos básicos. Implica ainda em identificar em que medida as pessoas em situação de violência tem garantidos os direitos humanos.

1.2.5. Violência como violação dos Direitos Humanos fundamentais

São violados diretamente os direitos humanos das mulheres em situação de violência, sobretudo a sua dignidade. Maluschke et al. (2004) afirmam que não se pode negar que a razão principal da grande evidência midiática dos direitos humanos decorre destes serem permanentemente violados, apesar do grande número de documentos internacionais que visam proteger estes direitos.

Neste sentido, Maluschke et. al (2004) acrescentam que:

Continuam as discriminações raciais, as discriminações das minorias, das mulheres, das crianças, as torturas e até os massacres e genocídios em alta escala [...] A discrepância entre normas ético-jurídicas e a realidade não é surpreendente. A norma é expressão de um dever-ser, porque a realidade pode estar em conflito com ela. (p.17).

O entendimento da violência como pauta privilegiada nos direitos humanos fundamentais, de acordo com Pedrosa (2004), requer um resgate da historicidade dos significados que os direitos humanos adquirem na sociedade contemporânea. O autor considera que, modo geral, os direitos humanos guardam como princípios os ideais da Revolução Francesa, quais sejam: liberdade, igualdade e fraternidade. (PEDROSA, 2004).

Suannes (1999) considera possível traçar a evolução do significado de direito humano analisando-se quatro gerações de direitos. A primeira geração, segundo o autor, retoma ao ideal de *liberdade* vinculada ao imperativo de proteger os indivíduos do autoritarismo do Estado. A segunda norteia-se pela conquista de direitos sociais como alimentação, transporte, moradia, trabalho e também a saúde que, acreditamos, desponta como um dispositivo de mediação entre os direitos humanos e a violência. Todas estas reivindicações são, portanto, referenciadas ao princípio da *igualdade social*. A terceira geração engloba os direitos que envolvem a ação do Estado e das comunidades na direção do direito a viver sem poluição, com *qualidade de vida* e *sem violência*. Por fim, a quarta geração é caracterizada pelos direitos dos coletivos sociais, relacionados ao *direito de ser diferente* e aos *direitos das minorias*. (Grifos nossos).

Em conformidade com Adorno (2010), no Brasil, as discussões sobre os direitos humanos emergem no contexto das lutas contra a ditadura militar (1964- 1985), inspiradas pela Declaração Universal de 1948, que no processo de redemocratização do país, foram responsáveis pela organização de movimentos de defesa dos direitos humanos, também por influência de pressões externas, como a da Liga dos Direitos Humanos da França.

A violência doméstica passou a ser reconhecida pela Constituição Federal com a atuação das mulheres na Assembleia Nacional Constituinte que inseriu vários itens, e no art. 226, parágrafo 8, determinando que “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”. Necessário observar que em relação à mulher há a existência de Direitos Humanos que são consagrados mediante diversos tratados e convenções internacionais.

Ao longo do tempo, novas medidas foram tomadas com a finalidade de proteger a mulher de situações de violência¹⁷.

Consideramos, diante do exposto, que os direitos humanos não foram dados como “naturais” e inerentes ao homem, mas ao contrário, constituem-se como produto de conquistas humanas resultantes de luta pelos direitos dos indivíduos, na tentativa de superar as desigualdades impostas às minorias e exigindo os mesmos direitos para todas as pessoas, independentemente da sua raça, classe social, religião, idade, sexo e nacionalidade.

As diferentes formas de expressão da violência e particularmente a intrafamiliar, objeto de estudo deste trabalho, portanto, constituem em violação dos direitos humanos. A existência de relações perpassadas pela violência está articulada com as repercussões para a saúde mental dos sujeitos, com a presença de acentuado sofrimento psíquico. Portanto, empreenderemos em discorrer brevemente sobre o sofrimento psíquico e alguns conceitos teóricos que nos auxiliarão a pensar o fenômeno.

1.3. Sofrimento Psíquico ou Difuso

Como este estudo pretende compreender as relações sociais nas quais o sofrimento psíquico está presente, faz-se necessário um conhecimento mais específico dos processos pelos quais os diversos grupos sociais atribuem valores e constroem significados e práticas relativas ao processo saúde-doença. Diversos estudos referem-se ao fenômeno do sofrimento psíquico. (BRAGA et al., 2010; LIMA et al., 2008; RIBEIRO, 2006; FONSECA et al., 2008, SAVI, 2005; SAVI; VALLA, 2009; FORTES et al., 2004; SELIGMANN-SILVA, 2003; CERQUEIRA, 2003;).

Alguns autores se referem ao sofrimento psíquico utilizando a terminologia sofrimento difuso (FONSECA et al., 2008, SAVI, 2005; SAVI; VALLA, 2009; CERQUEIRA, 2003) ao passo que outros abordam o sofrimento psíquico a partir do conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC). (BRAGA et al., 2010; LIMA et al., 2008, FORTES et al., 2004) ou desgaste mental (SELIGMANN-SILVA, 2003).

¹⁷ Podemos citar a promulgação de diversos documentos oficiais como:

Lei 8930/94: inclui a violência sexual entre os crimes hediondos. (BRASIL, 1994);

Lei 9099/95: agiliza julgamento de delitos. (BRASIL, 1995);

Lei 9318/96: incorpora o artigo 61 do código penal sobre violência contra a mulher grávida. (BRASIL, 1996a);

Lei 9455/97: considera crime de tortura submeter alguém sob sua guarda, poder e autoridade com emprego da violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental. (BRASIL, 1997);

Lei 9520/97: o direito de queixa pela mulher. (BRASIL, 1997);

Lei 9807/99: dispõe sobre a proteção e auxílio que se estende às testemunhas. (BRASIL, 1999);

Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

Apesar da diferenciação terminológica, a referência é comumente realizada em relação às queixas inespecíficas referidas pelos usuários aos trabalhadores dos serviços de saúde, queixas estas que nem sempre são classificáveis na nosologia da clínica médica. Porém, tais queixas se apresentam como uma frequente demanda de atenção, sobretudo nas unidades básicas de saúde (UBS). (FONSECA et al., 2008, FORTES et al., 2004; CERQUEIRA, 2003).

A reflexão sobre as queixas inespecíficas torna-se, portanto, relevante para os profissionais da atenção básica, uma vez que permite ampliar a compreensão a respeito dos usuários do sistema de saúde que demandam por atenção sem apresentar necessariamente alguma doença descrita em manuais diagnósticos.

Segundo Fortes et al. (2004), frequentemente o que aparece são queixas difusas que muitas vezes não são compreendidas pelos médicos generalistas como manifestações de transtornos mentais e que constituem a maioria dos chamados “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos.

Apesar de não estar presente na classificação diagnóstica, há real necessidade de cuidado em saúde para esta população que, mesmo sem diagnóstico específico, apresenta sofrimento importante, além de dificuldade em realizar suas atividades em várias esferas da vida cotidianas. É preciso, portanto, romper com concepções pré-estabelecidas ou preconceituosas que taxam os usuários com queixas inespecíficas que são, geralmente, identificados como poliqueixosos ou pitiáticos e perceber suas necessidades de cuidado e acolhimento como um grande desafio para os trabalhadores da saúde. (FONSECA et al., 2008; SAVI, 2009).

Ainda que o usuário não apresente no momento os requisitos que façam preencher os critérios para a classificação de doenças mentais nos manuais diagnósticos, dizer ao usuário que ele “não tem nada” quando não consegue estabelecer relação entre seus sintomas com uma necessidade de cuidado efetiva, pode ser responsável pela quebra da confiança que deposita nos serviços de saúde personificada na figura dos seus trabalhadores. Ora, se o usuário procura o serviço de saúde é porque deposita naquele equipamento a expectativa de que sua queixa será acolhida e algum tipo de auxílio receberá. A ausência de ações para o cuidado da situação presente pode permitir que, ao longo do tempo e com a persistência ou intensificação da situação de sofrimento, ocorra o agravamento da condição da saúde, desencadeando o transtorno mental.

LIMA et al. (2008), ao abordarem a formação em saúde mental no Brasil chamam a atenção para o fato de que esta ocorre majoritariamente em serviços especializados como

hospitais psiquiátricos em detrimento dos serviços comunitários, resultando com que os alunos tenham maior contato com portadores de transtornos mentais graves do que com pessoas com TMC, que são mais prevalentes.

A ocorrência dos sintomas nem sempre se adequam perfeitamente às bases categoriais dos diagnósticos psiquiátricos não diminui o grau de sofrimento dos sujeitos envolvidos, assim como suas necessidades de atendimento e acolhimento. O não reconhecimento por parte dos profissionais de um estado de mal estar mais amplo desses usuários direciona a conduta apenas à queixa imediata, implicando em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (FORTES et al., 2004), além do sofrimento prolongado imposto aos usuários.

Contudo, é possível compreender que as queixas inespecíficas constituem-se em sofrimento psíquico para os usuários, e, para além da individualização do problema, é fundamental ampliar o foco, deslocar o problema do âmbito do indivíduo para seu contexto de inserção social, suas relações com o mundo e condições de vida. As queixas inespecíficas geralmente estão associadas com questões psicossociais importantes, como redes de apoio social, relações familiares, de trabalho e econômicas dos usuários dos serviços de saúde. (FONSECA et al., 2008; LIMA et al., 2008, FORTES et al., 2004).

As queixas inespecíficas e seus sintomas relacionados se fazem notar pelos serviços de saúde inicialmente como um problema exclusivamente de ordem física,

porque aquilo que é físico ou corporal tem mais legitimidade como sofrimento real (tanto para parte dos profissionais de saúde como para a população), seja porque essa forma de expressão se relaciona com a representação de doença, de adoecer e de sofrimento das classes populares. (FONSECA et al., 2008, p. 292).

Assim, expressar sofrimento por meio de queixas difusas seria uma forma cultural e socialmente aceita, de reconhecimento da vivência de uma condição limite. (FONSECA et al., 2008). A “materialização” corporal do sofrimento serviria como legitimação, prova cabal do adoecimento em contrapartida ao sofrimento psíquico, que não pode ser mensurado, não é palpável para o outro, tornando-se uma abstração e passível de desconfiança da sua existência.

As queixas físicas consideradas inespecíficas são denominadas sofrimento difuso, um estado de mal-estar que tem marcando cada vez mais o discurso das pessoas (CERQUEIRA, 2003). O termo sofrimento difuso foi proposto por Valla (2001) e é definido como “uma queixa sobre dores de cabeça, dores em outros locais do corpo, medo, ansiedade – sintomas para as quais o sistema de saúde não tem tempo ou recursos para tratar.” (p. 118).

Savi (2005) acrescenta às queixas compreendidas como sofrimento difuso, outros sintomas como desânimo, nervosismo e insônia. Salienta a autora que, embora detectáveis, estas queixas não são diagnosticáveis por meio de exames laboratoriais. (p. 7). A propósito das terapêuticas propostas para os usuários que apresentam sofrimento difuso, Valla (2001) considera que o que vem ocorrendo é a medicalização do fenômeno com resolubilidade duvidosa.

Valla (2001) insere a discussão do sofrimento psíquico (nomeado por ele de sofrimento difuso) a partir das queixas que se apresentam. Fonseca et al.(2008) e Lima et al. (2008) acrescentam a relação do sofrimento psíquico com aspectos psicossociais, levando em conta o aparecimento do sofrimento referente ao contexto de vida.

Seligmann-Silva (2003), entretanto, traça a relação entre o sofrimento psíquico e a organização do trabalho. O desgaste mental ou sofrimento psíquico é, nas palavras da autora, o "modo pelo qual a interação do trabalhador com esta situação (situação de trabalho) repercute na subjetividade do mesmo, suscitando vivência de sofrimento". (p.1158). A autora acrescenta com esta proposição, uma visão da relação indivíduo-coletividade. (RIBEIRO, 2006).

Os modos de produção material da vida se traduzem em necessidades de cuidados em saúde, na interface desta com a questão de gênero, podem ser assinaladas consequências para a saúde da mulher.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde no mundo (2001) relata que o adoecimento mental pode atingir pessoas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, independente de posição social e econômica ou país de moradia. (OMS, 2001). Entretanto, notamos que há condições do contexto de vida das pessoas que se mostram significativos para o desencadeamento do adoecimento.

O estudo de Fortes et al. (2004) revelou que aproximadamente 56% dos pacientes atendidos na atenção primária no Brasil apresentam algum tipo de necessidade de cuidado em saúde mental. A pesquisa identificou a relação entre adoecimento psíquico e fatores socioeconômicos e demográficos, além de sua associação com presença ou não de rede social de apoio. Verificaram-se ainda associações significativas entre os TMC e ser mulher, ter idade aproximada de 45 anos, possuir baixa renda e não ter um companheiro. Poder contar com uma rede de apoio indica efeito protetor à saúde mental, assim como a participação em atividades esportivas ou artísticas e poder confiar em pessoas da família. (Fortes et al., 2004). Dessa maneira, explicitam-se condições materiais de existência com o processo de sofrimento psíquico ou adoecimento mental.

Frente às discussões apresentadas e as aproximações possíveis referentes ao fenômeno, os termos sofrimento psíquico e sofrimento difuso serão utilizados indistintamente nas explicações.

Apresentado o problema de investigação, pretendemos, a seguir, discutir o cuidado em saúde mental à atenção primária em articulação com a rede de serviços em saúde mental.

1.4. Estratégia de Saúde da Família

No Brasil a expansão da Atenção Primária se dá pela implantação da Estratégia de Saúde da Família em nível nacional com o objetivo da consolidação de um modelo de base territorial.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e é ampliado em 1994, constituindo as primeiras equipes de saúde da família. Mas foi somente em 2006 que foram estabelecidas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família¹⁸ por meio da portaria 648, de 28 de março daquele ano. (BRASIL, 2006a).

Com o intuito de se consolidar como modelo de Atenção Primária e constituir-se como centro ordenador das redes de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família organiza-se atentando para os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (regionalização, descentralização político-administrativa e participação popular no controle social) do Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes de saúde¹⁹ são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias moradoras de uma área geográfica delimitada e com uma população definida sob a sua responsabilidade. Compreendida como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, a Estratégia de Saúde da Família tem como finalidade intervir sobre os fatores de vulnerabilidade aos quais a comunidade em que está alocada está exposta.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS (LEI 8.080 de 19 de setembro de 1990) assegura a saúde como direito de cidadania e de dever do Estado e prevê que a assistência à saúde pelo

¹⁸ Para maiores informações sobre a Estratégia Saúde da Família, sugerimos a leitura dos documentos: Guia prático do Programa Saúde da Família: manual de orientação sobre o Programa de Saúde da Família. (BRASIL, 2001) e Política Nacional de Atenção Básica. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) (BRASIL, 2006b).

¹⁹ As ações da ESF são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, como parte de uma das diretrizes desse modelo. Cada equipe conta, caracteristicamente, com um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e um número de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), sendo condição necessária da função deste último que resida na área em que atuar por pelo menos dois anos. Quando ampliada, a equipe de saúde da família pode contar ainda com um dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) ou técnico em higiene dental. (BRASIL, 2006a).

SUS deve garantir o acesso universal e igualitário. Deve ainda abranger tanto as ações assistenciais ou curativas, de recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentemente encontrados no território²⁰ quanto, e prioritariamente, realizar atividades de educação, prevenção e promoção da saúde. (BRASIL, 2006b).

Paim (2003) coloca que o modelo de atenção ou modelo assistencial é “uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação”. (p. 568).

Dentre os principais objetivos da ESF, segundo Alves (2005), podem ser destacados:

- A humanização das práticas de saúde para o estabelecimento de vínculo entre trabalhadores da saúde e população;
- A democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde;
- O exercício da cidadania na concepção da saúde como direito, e
- A organização da comunidade no exercício do controle social.

A Estratégia da Saúde da Família está pautada na proposta de um olhar totalizante frente à saúde, não somente em nível individual, mas essencialmente, visa o cuidado na esfera da coletividade. Esse olhar totalizante refere-se à vigilância em saúde, que, de acordo com Alves (2005), procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Busca, dessa maneira, por fatores de vulnerabilidade e presença de outras doenças que ainda não se expressam em sofrimento.

Nesse sentido, a vigilância em saúde deve atentar para o território e para os problemas de saúde que nele se expressam.

A assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (MENDES, 1996), sendo necessário, para tanto, o rompimento com o modelo hegemônico de cuidado em saúde que é marcado pela especialização e fragmentação do objeto e do trabalho, responsável pela redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica e, em geral, com exagerado enfoque biológico na compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. (CAMPOS, 1999). Há, desse modo, a redução do objeto de estudo, qual seja o usuário do serviço de saúde às partes do

²⁰ Mendes (1993) considera que se desenvolveram duas correntes do pensamento a respeito de território: uma que o vê como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática e outra, que adotamos neste trabalho, que compreende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política (p.166).

corpo adoecidas. Dessa forma, há menor capacidade de lidar com a complexidade e integralidade do fenômeno acarretando na diluição da responsabilidade sanitária.

Na necessidade de rompimento com o modelo hegemônico, instala-se no cenário da Atenção Primária a tentativa de realizar a abordagem ampliada da saúde, considerando o sujeito em seu contexto social, afetivo, em sua rede social, nas relações que estabelece com o território e meio social.

Diante da escuta e formação de vínculo, as ofertas de cuidado podem se aproximar das necessidades sociais e de saúde da população. Essa atenção deve se dar, no entanto, centrada na família e seu ambiente físico e social, na compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Objetiva, dessa forma, ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre trabalhadores da saúde e usuários, encarregar-se da atenção longitudinal – caracterizada pelo acompanhamento ao longo do tempo do processo saúde-doença-atenção e da inserção horizontal dos trabalhadores da saúde.

Pinheiro (2001) aponta para as transformações positivas alcançadas com a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Segundo a autora, a maior contribuição desse modelo coloca-se justamente no deslocamento do atendimento do nível individual ao nível da coletividade, pensando a ampliação da saúde na complexidade que engloba todo o território. Assim, o avanço se dá tendo em vista que o programa privilegia, em seus objetivos institucionais, políticos e sociais, a centralidade na atenção à unidade familiar.

O trabalho na ESF deve existir com trabalhadores da saúde que têm claro o papel de agente transformador. Por esse motivo inicialmente se pensou na ideia dos ACS fazerem parte do bairro ou mesmo desenvolverem papel de liderança na comunidade, pois como moradores do território têm maior compreensão da totalidade das condições de vida concretas daquela população. No modelo cubano, sabe-se que também o médico reside e conhece o território. (HÜBNER; FRANCO, 2007). Este elemento tornaria mais próxima a relação dos trabalhadores e usuários do serviço de saúde viabilizando a organização dessa comunidade e o empoderamento da sociedade.

1.4.1. A Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família

Ao se propor o cuidado em saúde mental na atenção primária há que se pensar no conceito de integralidade desse cuidado e na concepção do indivíduo como um todo. Por integralidade estamos entendendo aqui “uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de

atenção do sistema” (PINHEIRO 2002, p. 15), sendo possível identificar três sentidos possíveis para se compreender a integralidade: como traço de boa medicina, como modelo de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. (MATTOS, 2001).

Entretanto, sabemos que modelo de saúde hegemônico é, prioritariamente, pautado no saber médico, hospitalocêntrico, pouco resolutivo, com saberes e práticas ainda fragmentados.

Para que o cuidado em saúde mental seja efetivado é fundamental superar o dualismo cartesiano que ainda hoje é responsável pela dicotomia entre mente e corpo, impetrado no modelo médico ocidental tradicional característico pela separação do físico e do psíquico, que neste modo de pensar a saúde, corresponderia ao somático e ao psicológico respectivamente.

No contexto da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como capaz de romper com o modelo hegemônico mencionado. No que se refere à saúde mental no Brasil, estima-se que em 2005 cerca de 3% da população do país apresentava transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos em saúde mental e que de 10% a 12% da população não apresentava diagnóstico de transtornos mentais severos, mas possuíam algum tipo de necessidade de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005b; DIMENSTEIN et al. 2009).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. (OMS, 2003, p. 19, citado por DIMENSTEIN et al., 2009).

As equipes de saúde se deparam com demandas por cuidado em saúde mental, às quais são chamadas a responder cotidianamente como: vulnerabilidade social, situações de violência, risco ou tentativa de suicídio, pessoas que se encontram isoladas, problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas egressas de internação psiquiátrica (BRASIL, 2004a, p. 81). Dados anteriores já indicavam que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar alguma ação de Saúde Mental (BRASIL, 2003a).

Ainda assim, temos que quase 80% dos usuários encaminhados aos trabalhadores dos serviços de saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS 2009).

Isso porque as unidades básicas de saúde (UBS), com ou sem saúde da família, respondem, geralmente, por um percentual mínimo da demanda em saúde mental, o que se torna um impeditivo quanto à garantia de acesso e resolubilidade na atenção primária e quanto à sua função de porta de entrada também para as necessidades de cuidado em saúde mental.

Tal condição revela que ainda predomina no cenário da saúde a lógica de encaminhamentos dos casos de saúde mental aos serviços de níveis secundários e/ou terciários. O cuidado em nível primário de saúde contribuiria sobremaneira para a diminuição da superlotação de outros serviços de emergência e da rede de saúde por demandas que poderiam ser resolvidos na própria unidade de saúde.

Na especificidade da atenção em nível básico no SUS, no atendimento à demanda para saúde mental, já em 1992 é instituída a Portaria 224/1992²¹ (BRASIL, 2004c), que estabelece algumas diretrizes como um conjunto diversificado de métodos e técnicas terapêuticas a serem desenvolvidas nas unidades básicas e centros de saúde, ou seja, aponta para cuidado em saúde mental no nível primário de atenção.

Pensar hoje o cuidado em saúde mental proporcionado pelas equipes de saúde da família visa à articulação da atenção primária aos modelos substitutivos em saúde mental. Observa-se, entre outras questões, que a ESF e a organização de serviços substitutivos de atenção à saúde mental convergem em relação aos princípios da oferta de serviços de base comunitária pautados na integralidade do cuidado e na organização das ações de saúde desenvolvidos por equipe multiprofissional.

No Brasil, as ideias de rompimento com o modelo manicomial passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica²² Brasileira, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária e da participação popular reivindicatória dos direitos humanos, podendo ser citado o Movimento da Luta Antimanicomial, organizada por trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços, seus familiares e estudantes.

A restrição à internação de pessoas em instituições com característica asilar só se formaliza oficialmente com a aprovação pelo Congresso Nacional, da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004d), que tramitou por doze anos desde a sua apresentação. A sua aprovação ocorreu com inúmeras modificações quanto ao projeto inicial apresentado. Do modo como foi aprovada, prevê que a internação de pessoas em instituições com característica asilar somente poderá ocorrer nos casos em que outros tratamentos não forem bem-sucedidos e desde que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

²¹ A portaria 224/1992 define também a composição dos trabalhadores da saúde que devem constituir as equipes de saúde mental e as suas atribuições, além de deliberar sobre os serviços prestados e a que população se destina. Institui que a equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas poderia ser composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). Esclarece ainda as normas para o atendimento hospitalar e em hospital dia, serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e orientações e regulamenta e define as exigências para internação em hospital psiquiátrico.

²² A respeito do Movimento da Reforma Psiquiátrica, recomendamos a leitura dos materiais: Amarante, 1998; Brasil, 2004; Tenório, 2002; Resende, 1987 e Lei no. 10.216, de 6/4/01 (BRASIL, 2004d).

Vale lembrar que os serviços ambulatoriais como o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS²³) são já em 1992 citados pela referida portaria 224/92 (BRASIL, 2004c). Em 2002 a Portaria GM no. 336, (BRASIL, 2004e) acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no. 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

A Portaria 336 recomenda, sobretudo, intervenções que promovam a reabilitação psicossocial de usuários para os quais se caracteriza situação de grave dependência institucional por meio de políticas específicas de alta planejada.

Com o propósito de reorganização da prática da atenção à saúde em nível primário, a Estratégia de Saúde da Família constitui novas bases para a substituição do modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e com ações de base comunitária. Com isso, pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida²⁴ da população. Nesse sentido, podem ser elencados alguns dos aspectos em comum que compõem a ESF, a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003a, p.3):

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Na tentativa de romper com uma atuação segregadora, resgatar as potencialidades dos recursos comunitários torna-se um imperativo. A criação dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica de caráter asilar tem norteado a elaboração das ações e dos serviços de cunho substitutivo de base comunitária, acompanhada pelo aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização no investimento em serviços que compõem uma rede extra-hospitalar. Essa rede é integrada pelos seguintes equipamentos de

²³ Existem cinco tipos de CAPS, sendo eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi – direcionado para população infantil e CAPS ad – direcionado para usuários de álcool e outras drogas. São implantados estabelecendo tipos diferenciados e com base em critérios populacionais. (BRASIL, 2004a).

²⁴ Apesar da polissemia do próprio termo e das mais variadas interpretações que assume, a questão da qualidade de vida torna-se importante ao falarmos em direito à saúde. Descreve a qualidade das condições de vida considerando fatores como saúde, educação, moradia, transporte, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, expectativa de vida etc. e envolve também elementos como rede de suporte social como a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida, ou seja, refere-se essencialmente à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida do indivíduo.

saúde: Centros de Atenção Psicossocial²⁵ (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas²⁶ (SRT), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Programa de Volta pra Casa²⁷, Centros de Convivência e a habilitação dos municípios na inclusão de ações em saúde mental na atenção básica²⁸, como a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A implementação dos serviços citados marca a necessária constituição e consolidação de uma rede de serviços que, atuando de forma articulada, possam dar conta das demandas por cuidados em saúde mental em todos os níveis de atenção de acordo com as necessidades dos usuários.

Fica evidente o esforço empreendido para estabelecer a inter-relação das propostas de desinstitucionalização por meio da inclusão, a partir de 2003, de indicadores de saúde mental como estratégia para a avaliação e planejamento em saúde, monitoramento baseado no conceito de território, problema e responsabilidade sanitária, para evitar a exclusão do cuidado de casos graves na atenção básica e seu encaminhamento para a institucionalização. (BRASIL, 2003a).

São cinco os indicadores propostos e mais dois são levantados ao final do documento. São eles: percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool e de outras drogas, número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos), pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica, prevalência de transtornos convulsivos (epilepsia), número de pessoas que fazem uso inadequado de benzodiazepínicos, e casos de tentativa de suicídio que são acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população). (BRASIL, 2003a).

Na composição das equipes de Saúde da Família encontram-se trabalhadores da saúde que são generalistas, que não raro sentem-se inseguros quanto ao atendimento desta população com necessidades de cuidados em saúde mental, caracterizando ainda fonte de sofrimento e angústia para estes trabalhadores ao não receber instrumentalização para enfrentar a questão ou não se sentirem preparados para tal.

No entanto, as diretrizes apontam que a demanda da saúde mental também deve ser alvo de cuidado na atenção primária. Nesse sentido e como tentativa de instrumentalizar os trabalhadores da Saúde da Família, algumas medidas são propostas para auxiliar nesse processo, que se caracteriza como uma formação continuada em serviço, pensadas para que as

²⁵ Para saber mais, ver o documento: “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”. (BRASIL, 2004a) e Portaria GM no. 336/2002 (BRASIL, 2004e).

²⁶ (BRASIL, 2004h). Residências Terapêuticas: o que são e para que servem.

²⁷ O Manual do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2003b) descreve como se constitui este equipamento de saúde. Ainda sobre esse tema ler Recomendação n. 008 (Brasil, 2004f) e Lei nº 10.708 (Brasil, 2004g).

²⁸ Ver Portaria 224/1992 (Brasil, 2004c) e Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006b).

equipes sejam capazes de incorporar em sua prática cotidiana, cuidados em saúde mental na atenção primária.

A formação é concebida como estratégia prioritária para a inclusão da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2005b) e como propostas citamos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Apoio Matricial que se colocam como importantes elementos para a consolidação de um cuidado efetivo em várias áreas, inclusive a saúde mental na atenção primária, formalizados pela Portaria 154/2008 (BRASIL, 2008).

Trata-se de uma política recente que coexiste com outras formas que também se propõem à lógica do Apoio Matricial, como os CAPS e as Equipes Volantes de trabalhadores da saúde mental dos municípios.

O NASF tem como objetivo “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” (BRASIL, 2008, p.2).

Existe a clareza da complexidade envolvida no âmbito da Saúde Mental na Atenção Primária e o desenvolvimento da lógica do Apoio Matricial nesse cenário. Entretanto, pode-se afirmar que há experiências bastante exitosas²⁹ em que, apesar das especificidades regionais e dos diferentes arranjos pelos quais se configuram, estes apresentam aspectos semelhantes quanto a seu avanço nas formas de ofertar o cuidado em saúde mental na Atenção Primária.

Com as ações interdisciplinares, espera-se que as equipes de saúde se apropriem, em sua prática cotidiana, de novos saberes sobre as demandas daquele território e que esta sensibilização permita reconhecer/identificar as necessidades da população em saúde mental, permitindo organizar o fluxo em casos que podem ser resolvidos na atenção primária, e os que precisam ser encaminhados a outro nível de atenção, propondo estratégias de enfrentamento em conjunto para compor os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

O Apoio Matricial constitui-se, de acordo com Campos e Domitti (2007), em retaguarda especializada tanto assistencial quanto técnico-pedagógico e objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, na construção compartilhada entre equipe de referência (ER) e apoiadores matriciais (AM), que têm a responsabilidade conjunta pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Os apoiadores matriciais (especialistas) que têm a função

²⁹ A este respeito, mais informações podem ser obtidas a partir dos trabalhos realizados no Rio Grande do Norte com: Dimenstein et col., 2009; no Ceará com: Tófoli e Fortes, 2007, em Campinas (SP) com: Campos e Domitti, 2007 e em Assis (SP) com: Melo, 2008.

de auxiliar a agregar conhecimentos à ER, e que assim aumentem sua capacidade de resolver problemas.

Diante do exposto, apresentaremos a seguir os objetivos do presente estudo.

II – OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Para compreender o objeto de pesquisa, buscou-se:

- Investigar significados sociais sobre a relação entre alcoolismo, violência intrafamiliar e sofrimento psíquico, apresentados por mulheres atendidas pela Saúde da Família.

2.2. Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral dessa pesquisa apresentou-se como necessidade:

- Identificar e caracterizar, com base em levantamento geral da população com necessidades de cuidado em Saúde Mental, as famílias que se encontram na situação problema e que são usuários de um serviço em Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu;
- Conhecer, segundo a percepção das mulheres usuárias da USF, os determinantes do processo saúde-doença³⁰ e suas possíveis relações com a triangulação³¹ e as formas utilizadas para lidar com esse processo;
- Verificar a condição de trabalho ou não-trabalho dos usuários e condições de vida.

³⁰ Consideramos neste contexto o adoecimento das mulheres e dos seus companheiros.

³¹ Estamos denominando triangulação o objeto de pesquisa, expresso pela existência de três fenômenos ou temas importantes para a área de saúde coletiva: presença, na mesma família, de alcoolismo, violência familiar e sofrimento psíquico.

III – METODOLOGIA

3.1. A abordagem Histórico-Cultural

Compreendemos o processo saúde-doença como uma produção social e histórica e, portanto, processual e dialética, síntese de multideterminações.

Recorremos, para o aprofundamento do estudo psicossocial do fenômeno, aos pressupostos filosóficos do Materialismo Histórico. A análise será, portanto, realizada a partir da Psicologia Histórico-Cultural, vertente teórica que tem o trabalho enquanto a categoria nuclear de análise sobre os fenômenos humanos, aportada nas bases filosóficas do pensamento marxista³². Referenciamo-nos na teoria explicativa de Lev Semenovitch Vygotski³³ e outros teóricos da Psicologia Histórico-Cultural, que concebe a mediação recíproca entre o homem e a sociedade.

Leontiev (1959/1978b) busca compreender os processos pelos quais o psiquismo humano se desenvolve. Salienta o autor que o desenvolvimento do psiquismo se realiza a partir da maneira como os sujeitos produzem materialmente a sua história. Temos, assim, que a compreensão do homem como indivíduo social é contemplada pela sua biografia e demanda prioritariamente a análise da estrutura que a sustenta, qual seja a estrutura da atividade:

As particularidades do psiquismo humano são determinadas pelas particularidades destas relações, dependem delas. Por outro lado, sabe-se que as relações de produção se transformam, que as relações de produção nas comunidades primitivas são uma coisa e que as da sociedade capitalista, por exemplo são outra. Razão por que podemos pensar que uma transformação radical das relações de produção acarreta uma transformação não menos radical da consciência humana, que se torna diferente qualitativamente. (LEONTIEV, 1959/1978b, p. 91).

Leontiev (1959/1978b) atenta neste trecho para a relação do homem com o modo de produção. Adiante, veremos a importância da atividade vital humana na constituição do

³² Ao tentar compreender como a sociedade se organizava no então novo modo econômico, Marx (1818 – 1883) formulou proposições teóricas que corroboram com seu objetivo de analisar a realidade em todos os seus aspectos, sejam eles a gênese da sociedade, as suas estruturas econômicas, sociais, políticas, ideológicas e suas contradições internas. Desse modo, buscou compreender como se produz e reproduz a humanidade sob o modo de produção capitalista.

³³ Vygotski (1896-1934) juntamente com seus colaboradores, no contexto da Rússia do período revolucionário inaugurado em 1917, via a necessidade de formulação de um método de investigação próprio para construção de uma Psicologia de base marxista. Os estudos de Vygotski, Luria e Leontiev, que juntos formavam a Troika (trio), incidiram no desenvolvimento da chamada Psicologia Soviética ou Histórico-Cultural. Elaboraram uma concepção dialética de Psicologia em oposição crítica às concepções idealista e positivista da década de 1920, subsidiada explicitamente pelos pressupostos teórico-metodológicos do materialismo histórico. O autor procurava explicitar a essência do fenômeno psicológico, suas leis, características e determinações.

homem pela formação social da consciência e também as implicações do modo de produção já no sistema capitalista repercutindo sobre a consciência humana.

Tomar o trabalho como a atividade pela qual o homem produz e reproduz a sua vida implica considerar a sua expressão na construção das dimensões objetivas e subjetivas da existência humana. Marx (1867/1982a) afirma o trabalho como atividade vital humana e considera que ela é coletiva, o que implica afirmar que a atividade humana está sustentada em relações sociais de produção. A origem do trabalho, já argumentava Engels (1896/1990), ocorre concomitantemente à gênese do próprio homem. Nesse sentido, Leontiev (1959/1978c) considera que de fato

A hominização, enquanto mudanças essenciais na organização física do homem, termina com o surgimento da história social da humanidade [...] Mas então como é que a evolução dos homens se produziu? [...] Esta forma particular de fixação e de transmissão às gerações seguintes das aquisições da evolução deve o seu aparecimento ao facto, diferentemente dos animais, de os homens terem uma actividade criadora e produtiva. É antes de mais o caso da actividade humana fundamental: o trabalho. (LEONTIEV, 1959/1978c, p. 264-5).

Dessa premissa, depreendemos que o trabalho é elemento constituinte do homem e acordo com Leontiev, é condição fundamental para a hominização.

A humanização, contudo, não é dada ao nascimento dos indivíduos. Atualmente, o desenvolvimento humano está atrelado à sua natureza social e não mais somente determinada pelo substrato biológico. O conceito de humanização (ou desenvolvimento humano) está condicionado à sua bagagem genética, que carrega a potencialidade da espécie. Porém, nascemos hominizados, isto é, com formato de homem, com a potencialidade para a humanização, mas é somente pelo processo de apropriação e objetivação das características humanas e do conhecimento acumulado historicamente pela humanidade que esta potencialidade de humanização poderá se concretizar. (LEONTIEV, 1959/1978c). O homem é compreendido, então, como ser ativo no seu processo de desenvolvimento.

Leontiev (1959/1978a) argumenta que a natureza social do homem nos remete à distinção entre a natureza humana e a ação instintiva dos animais, que, segundo o autor reside na complexidade de sua atividade vital, baseada nos modos pelos quais esses dois animais fazem história. Analisa que na natureza animal, o determinante é biológico e se constitui na determinação filogenética. A atividade dos outros animais confunde-se sempre com seu motivo biológico, em que estes elementos coincidem sempre. Ao contrário, a história humana tem uma complexa evolução marcada pelo desenvolvimento do trabalho.

Esta atividade, analisa Leontiev, somente poderia se desenvolver entre os animais que vivessem em grupo, a partir da organização de formas suficientemente desenvolvidas de vida em comum. Com o surgimento do trabalho, o substrato biológico não é mais o determinante da relação homem-natureza, pois, diferentemente dos demais animais, o homem interfere nesta para a satisfação de suas necessidades, não apenas instintivamente, mas com finalidade, intencionalidade, marca distintiva entre animal e homem. Este passou, com o surgimento do trabalho, a se submeter às chamadas leis sócio-históricas.

A atividade vital humana implica, dessa forma, na atividade social do homem, que se torna humano em um contexto social. Há que compreendê-lo como ser que se torna homem em sociedade. Nas palavras de Marx:

o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeças e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana (1867/1982a, p. 202).

Vivemos em sociedade e por meio dela produzimos e reproduzimos relações sociais. A este respeito, Marx (1867/1982) destaca o processo de desenvolvimento da condição humana e acrescenta que por meio de sua atividade vital, na relação dialética entre o homem e a natureza, atua sobre a natureza externa e, ao mesmo tempo em que a modifica, sua própria natureza também é modificada. "Desenvolve as potências nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo de forças naturais." (MARX 1867/1982a, p. 202).

O desenvolvimento do cérebro e órgãos dos sentidos continua a aperfeiçoar-se e as modificações anatômicas e fisiológicas devido ao trabalho contribuem para a transformação global do organismo, resultante da interdependência natural dos órgãos. (Leontiev, 1959/1978a, p. 73)

Todo trabalho é, afirma Leontiev, coletivo porque é mediado por ferramentas que fazem parte de todo o acúmulo socialmente e historicamente construído pelo coletivo. Trata-se, desta maneira, de um objeto social, produto de uma prática que foi construída coletivamente, de uma experiência social de trabalho que não se limita a uma experiência individual. São considerados instrumentos tanto o objeto ou ferramenta quanto os signos. O recurso aos signos atua como elemento de mediação e de comunicação e na formação e desenvolvimento de funções psicológicas superiores e complexas, que atuam no desenvolvimento da consciência na qualidade de instrumento psicológico.

O uso e fabrico de instrumentos estão relacionados ao desenvolvimento da consciência humana. Caracteriza-o Leontiev (1959/1978b), não como um objeto constituído somente de características físicas, mas como um objeto social, que possui todo o acúmulo do trabalho coletivo. Por conter tal dimensão coletiva, quanto mais complexificada a relação de trabalho, este requer determinada organização, o que se dá com a divisão do trabalho social. Para que haja tal organização, é necessário que exista comunicação, que de acordo com Vygotski (1934/2001), é

estabelecida com base em compreensão racional e na intenção de transmitir idéias e vivências, exige necessariamente um sistema de meios cujo protótipo foi, é e continuará sendo a linguagem humana, que surgiu da necessidade de comunicação no processo de trabalho. (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 11).

Na mesma direção, Lane (1981/1994) acrescenta que o desenvolvimento do trabalho coletivo, nesses termos, contribuiu para a concretização de uma necessidade que se impôs neste contexto: a organização da vida em sociedade, e requer neste momento, o desenvolvimento de linguagem

Pelo que tudo indica, a linguagem se desenvolveu historicamente quando os seres humanos tiveram necessidade de cooperar para a sua sobrevivência. Da mesma forma como criaram instrumentos necessários para uma prática de sobrevivência, desenvolveram a linguagem como forma de generalizar e transmitir esta prática. O trabalho cooperativo, planejado, que submete a natureza do homem, só foi possível através do desenvolvimento da linguagem pelos grupos sociais humanos (LANE, 1981/1994, p. 25).

O trabalho humano, portanto, na sua dimensão originalmente social, esteve baseado nas atividades coletivas e mediatizado pela comunicação. Assim, a atividade comum coletiva implica numa relação não só com a natureza, mas também com outros homens. (LEONTIEV, 1959/1978a, p. 74). A gênese da consciência está, conseqüentemente, no desenvolvimento da atividade, considerando que o trabalho social desempenha uma função ímpar nesse desenvolvimento.

A fabricação e utilização de instrumentos para a transformação da natureza pelo homem marcam, como mencionado, a distinção entre homem e animal a partir do conceito de intencionalidade. O desenvolvimento de atividade teleológica pressupõe a existência, neste contexto, da mediação da consciência, um dos elementos constitutivos dos processos psíquicos superiores. Dessa maneira, o estabelecimento da atividade coletiva, por intermédio de instrumentos e da linguagem – que também se constitui como um instrumento, engendrou as condições necessárias para o desenvolvimento do psiquismo humano. “Assim, é o

instrumento que é de certa maneira portador da primeira verdadeira abstração consciente e racional, da primeira generalização consciente e racional” (LEONTIEV, 1959/1978a, p. 88).

O reflexo consciente, diferentemente do reflexo psíquico próprio do animal, é o reflexo da realidade concreta destacada das relações que existem entre ela e o sujeito, ou seja, um reflexo que distingue as propriedades objetivas estáveis da realidade. [...] A consciência humana distingue a realidade objetiva do seu reflexo, o que leva a distinguir o mundo das impressões interiores e torna possível com isso o desenvolvimento da observação de si mesmo. (LEONTIEV, 1959/1978a, p.69).

Para compreender a formação da consciência, Vigostki (1934/2000), atenta para funções essenciais como o pensamento e a linguagem. A linguagem surgiu, analisa o autor, com a palavra articulada ou escrita como meio de comunicação. Como salientou Engels (1896/1990), “o trabalho, primeiro, depois a palavra articulada, constituíram-se nos dois principais fatores que atuaram na transformação gradual do cérebro do macaco em cérebro humano [...]” (p. 25). Instâncias constituintes da consciência – pensamento e linguagem são definidos por Leontiev:

a linguagem não desempenha apenas o papel de meio de comunicação entre os homens, ela é também um meio, uma forma da consciência e do pensamento humanos, não destacado ainda na produção material. Torna-se a forma e o suporte da generalização consciente da realidade. Por isso, quando, posteriormente, a palavra e a linguagem se separam da atividade prática imediata, as significações verbais são abstraídas do objeto real e só podem, portanto, existir como fato de consciência, isto é, como pensamento (LEONTIEV, 1959/1978a, p. 87).

Assim, a explicação para a ação dos indivíduos está no contexto da atividade social, ou seja, a ação individual adquire sentido nesse conjunto maior, que é a atividade. Em síntese, fica evidente o quanto as determinações sociais são responsáveis pelas maneiras pelas quais os indivíduos se deparam concretamente com as possibilidades do vir-a-ser da existência humana. Depreende desta premissa que o desenvolvimento da personalidade ou do psiquismo humano

não reflete pura e simplesmente uma dinâmica psicológica interna, mas encontra-se essencialmente mediatizada pela dinâmica da formação social em que se desenvolve. [...] a personalidade não é o centro interno organizador das interações do homem com suas condições de existência que é por natureza social e histórica. (MARTINS, 2005, p. 133).

Os processos pelos quais cada um constrói a imagem psíquica, sua subjetividade, seu mundo interno ocorre pelos processos de apropriação e objetivação. Segundo Leontiev (1959/1978)

A atividade do animal compreende atos de adaptação ao meio, mas nunca atos de apropriação das aquisições do desenvolvimento filogenético.

Essas aquisições são dadas ao animal nas suas particularidades naturais hereditárias; ao homem são propostas nos fenômenos objetivos do mundo que o rodeia. Para as realizar no seu próprio desenvolvimento ontogênico, o homem tem que apropriar-se delas; só na sequência desse processo – sempre ativo – é que o indivíduo fica apto para exprimir em si a verdadeira natureza humana, estas propriedades e aptidões que constituem o produto do desenvolvimento sócio-histórico do homem. O que só é possível porque essas propriedades e aptidões adquiriram uma forma material objetiva. [...] Assim, o desenvolvimento espiritual, psíquico dos indivíduos é o produto de um processo antes de mais nada particular, o processo de apropriação, que falta no animal, tal como, aliás, o processo inverso de objetivação de suas faculdades nos produtos objetivos da sua atividade (LEONTIEV, 1959/1978, p.178-9).

Ao nascimento, os homens inserem-se num dado contexto em que já estão estabelecidos certo acúmulo de conhecimentos, valores, regras sociais, costumes que foram produzidas socialmente. Assim, o indivíduo participa do processo de apropriação, no contato com esse conhecimento, mas que não ocorre passivamente. Dessa forma, a subjetividade (consciência e inconsciência; cognição e emoção) segue mediando o que ocorre com o indivíduo, em articulação com a sua vida material. Considerarmos, desse modo, a relação dialética entre o indivíduo e a sociedade que o produz e se (re) produz por meio dos sujeitos. A este respeito escreve Martins (2005):

A sociedade não é uma abstração em face do indivíduo, tendo em vista que este é um ser social (o singular é universal), sendo portanto, a própria manifestação e afirmação da vida social (o universal se manifesta no singular). A vida individual e a vida genérica não são distintas, ainda que a vida individual possa expressar sua genericidade de modo mais particular ou mais geral, e a vida genérica seja uma mais particular ou mais geral vida individual. (MARTINS, 2005, p. 118-119).

Este é um processo construído pela necessidade e o objeto capaz de atendê-lo e “supõe que o sujeito que age tem a possibilidade de refletir psiquicamente a relação que existe entre o motivo objetivo da ação e o objeto. Caso contrário, a ação é impossível, é vazia de sentido para o sujeito.” (LEONTIEV, 1959/1978a, p. 79).

As necessidades não são satisfeitas a partir de nós mesmos. Sua satisfação requer a relação homem-natureza e a partir dessa relação, são atendidas as necessidades. Por conseguinte, novas necessidades são criadas.

Pela sua actividade, os homens não fazem senão adaptar-se à natureza. Eles modificam-na em função do desenvolvimento das suas necessidades. Criam os objectos que devem satisfazer as suas necessidades e igualmente os meios de produção destes objectos, dos instrumentos às máquinas mais complexas. Constroem habitações, produzem as suas roupas e os bens materiais. Os progressos realizados na produção de bens materiais são acompanhados pelo desenvolvimento da cultura dos homens; o seu

conhecimento do mundo circundante deles mesmos enriquece-se, desenvolvem-se a ciência e a arte. (LEONTIEV, 1959/1978c, p.265).

É, portanto, pela atividade que o psiquismo se constrói e, nesse sentido, trabalho e consciência são indissociáveis. A consciência é um atributo do psiquismo desenvolvido ao longo da história do indivíduo. No homem, esses processos se inter cruzam, atividade e consciência simultaneamente, constituindo esta a categoria de análise que tomamos para este estudo. Assim, podemos identificar, dentre os conteúdos da consciência, os significados. São estes universos simbólicos sociais por natureza e implicam conhecimentos e definições que são, em determinado sentido, compartilhada socialmente.

A realidade aparece ao homem na sua significação, mas de maneira particular. A significação mediatiza o reflexo do mundo pelo homem na medida em que ele tem consciência deste, isto é, na medida em que o reflexo do mundo se apoia na experiência da prática social e a integra. (LEONTIEV, 1959/1978b, p. 95).

Como já mencionado, os significados são apropriados pelos indivíduos, mas de forma ativa. Assim, os conteúdos compartilhados socialmente são processados pelos indivíduos, que a partir de suas experiências e história individual, formam seus conceitos, que conferem a estes conteúdos, um sentido que é pessoal, ou seja, contem características específicas de sua existência. Martins (2005) ilustra esta questão ao considerar que

o processo ativo que coloca o homem em relação com o mundo e com os outros homens suscita reações emocionais e sentimentos mediadores da relação do indivíduo para com o experienciado, e que contribuem ou não para a construção de seu sentido pessoal. Este mesmo processo vai promovendo as condições para a apropriação de regras de conduta e de valores, para a aquisição de conhecimentos orientadores dos atos, para a construção de uma auto-imagem a ser projetada no que se faz; enfim, vai propiciando a estruturação dos traços de caráter resultantes das assimilações condicionadas pelas relações sociais pelos modos de atuar próprios a diferentes situações. (p. 123-124).

Dessa maneira, identificar os significados da palavra é fundamental, pois a palavra é o ponto de partida para empreender a constituição da subjetividade. Muito embora os significados sejam mais estáveis, “dicionarizados”, eles também se transformam de acordo com as mudanças histórico-sociais; é objetivo e ao mesmo tempo é conteúdo da consciência humana. Referem-se, assim, aos “conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades”. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226).

O que no primeiro momento é objetivo, portanto, torna-se subjetivo, o que marca a contradição presente neste fenômeno. Os fenômenos tem um caráter histórico e, por

consequente, é impossível de entendê-los fora do contexto social que os produz. Assim, se caracterizam em cada sociedade ou em cada grupo social em um momento determinado de sua história. (MARTIN-BARÓ, 1989).

Leontiev (1959/1978) considera que o homem encontra um sistema de significações pronto, elaborado historicamente. Como mencionado, os indivíduos participam ativamente do processo de apropriação das significações e, no conjunto de suas determinações – nacionalidade, estado civil, religião, faixa etária, escolaridade, classe social, profissão, gênero, etc, o indivíduo constitui e internaliza valores e representações. Da síntese dessas múltiplas determinações, funda-se a individualidade. A apropriação ou não da significação, isto é, o que é assimilado e também o que ela se torna para o indivíduo, para a sua personalidade, corresponde o sentido subjetivo e/ou pessoal que esta significação adquire na relação que se cria na vida, na atividade do sujeito.

Para Leontiev (1959/1978) a personalidade é uma formação psicológica de tipo superior que se estrutura a partir da atividade, por meio da relação dialética entre fatores externos e internos. A personalidade é, portanto, constituída por meio da história do sujeito, e apresenta a função de nos colocar na relação humana, no modo como de relacionamento com as condições da realidade objetiva.

A personalidade configura-se, dessa maneira, como o estilo individual de atividade. Se constitui pelo o que fazemos e, ao mesmo tempo, pelo modo com que realizamos determinada atividade, isto é, baseia-se na configuração de sentidos pessoais que foram sendo construídos durante o processo de desenvolvimento dos indivíduos, mas que igualmente, influenciam as atividades destes. Por conseguinte, as novas atividades vão configurando a construção de novos sentidos, que acabam por influir na própria atividade do sujeito. Este processo confere, portanto, a permanência na mudança.

Entretanto, numa sociedade dividida em classes, a apropriação dos conhecimentos historicamente acumulados encontra impeditivos que estão na base dessa organização social.

Com a divisão social do trabalho, marcada pela separação entre o trabalho manual e o intelectual, a relação dos homens com a produção é modificada e segmentam a sociedade em “duas classes, os *possuidores* de propriedades e os *trabalhadores* sem propriedade” (MARX, 1844/1993, p. 157. Grifos do autor). A divisão social do trabalho culmina, dessa forma, na divisão da sociedade em classes sociais. A exploração da classe de produtores não-possuidores por parte de uma classe de proprietários limita a liberdade e as potencialidades dos primeiros dando-se a exploração do homem pelo homem gerando a desumanização de que ambos são vítimas.

A partir da divisão social do trabalho e da exploração da força de trabalho na sociedade capitalista, o trabalho é cindido, fragmentado no seu processo de criação, desenvolvimento e resultado final, e se manifesta em impedimento da percepção do trabalhador sobre a totalidade do processo, configurando no processo de alienação.

Marx (1844/1993) sublinha quatro aspectos da alienação: 1) o trabalhador relaciona-se com o produto do seu trabalho como algo alheio a ele; 2) há o estranhamento referente ao processo de produção, no interior da própria atividade produtiva; 3) o trabalhador aliena-se de si mesmo e não identifica-se enquanto ser genérico humano, e 4) aliena-se, por fim, dos outros homens. Assim, as relações sociais apresentam-se implicadas no valor, na propriedade privada, na exploração da força de trabalho, que aparecem travestidos na naturalização das relações sociais.

Portanto, a forma como as relações de trabalho são organizadas no modo de produção capitalista, pode ser geradora de relações adoecedoras e de sofrimento, ou seja, o modo de organização social produz formas determinadas de relações que estão na base das relações de exploração existentes no modo capitalista produção. Marx (1844/1993) chama a atenção para as relações de exploração em que

O trabalhador torna-se tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior número de bens produz. Com a *valorização* do mundo das coisas aumenta em proporção directa a *desvalorização* do mundo dos homens. (p. 159. Grifos do autor).

De acordo com o exposto por Marx, retomamos Leontiev (1959/1978) no que descreve como os reflexos do trabalho alienado e que se refletem no desenvolvimento da consciência:

A “alienação” da vida do homem tem por consequência a discordância entre o resultado objetivo da atividade humana e o seu motivo. Dito por outras palavras, o conteúdo objetivo da atividade não concorda agora com o seu conteúdo objetivo, isto é, com aquilo que ela é para o próprio homem. Isto confere traços psicológicos particulares à consciência. [...] A sua atividade de trabalho transforma-se, para ele em qualquer coisa de diferente daquilo que ela é. Doravante, o seu sentido para o operário não coincide com a sua significação objetiva. (LEONTIEV, 1959/1978b, p. 123).

Neste contexto, a alienação apresenta-se como impeditivo à apropriação dos conhecimentos historicamente acumulados ao não garantir igualdade de oportunidades e de acesso ao que foi produzido socialmente. Assim, as oportunidades para o máximo desenvolvimento humano que o gênero apresenta no campo das possibilidades são restritas. Presos aos processos de produção e às condições de vida limitantes a qual os indivíduos estão

inseridos, impedem o estabelecimento de correlações sobre as condições objetivas de vida com o sofrimento psíquico, o que contribui para a lógica da culpabilização individual. Outra consequência para o mesmo processo está em, não garantindo o acesso a produção material social, que os sujeitos permanecem em existências tão limitantes que se encontrem em relações que mantêm os mesmos apenas na manutenção da condição de espécie, ou seja permanece apenas em atividades que garantam a satisfação das necessidades mais básicas vinculadas à manutenção da existência biológica, como alimentação.

Assim, ao tentar identificar o modo como os indivíduos significam determinadas experiências de vida e outros conteúdos, podemos identificar os condicionantes para suas ações. A psicologia pretende desvelar a realidade para a transformação da sociedade. Assim, identificar os significados sociais e os sentidos pessoais que engendram os modos como os sujeitos concebem determinado fenômeno, configura-se como o ponto de partida para pensar em estratégias de superação do fenômeno. A Psicologia Histórico-Cultural configura-se, dessa maneira, como uma ciência que visa desvelar a realidade com finalidade propositiva, comprometida com a práxis transformadora.

Vygotski (1934/2001) sublinha que o método de investigação ocorre pela análise semântica, na análise do sentido da linguagem, do significado da palavra, enquanto unidade do pensamento verbalizado. Encontramos no significado da palavra essa unidade que reflete da forma mais simples a unidade do pensamento e da linguagem. Dessa forma, o significado é um traço constitutivo indispensável da palavra:

O significado da palavra só é um fenômeno de pensamento na medida em que o pensamento está relacionado à palavra e nela materializa, e vice-versa: é um fenômeno de discurso apenas na medida em que o discurso está vinculado ao pensamento e focalizado por sua luz. (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 398).

O sentido pessoal, por sua vez, é marcado pelas experiências adquiridas no decorrer da vida e exerce papel fundamental que nos permite compreender o processo saúde-doença. Sua formação é mais dinâmica que os significados, é mais fluida e complexa e tem várias zonas de estabilidade. (VIGOTSKI, 1934/2001). O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e assume-se enquanto uma zona mais estável, uniforme e exata. “O significado ao contrário é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes conceitos”. (VIGOTSKI, 1934/2001, p.465).

Aguiar (2001) afirma que para “compreender a fala de alguém, não basta entender suas palavras; é preciso compreender seu pensamento (que é sempre emocionado), é preciso

apreender o significado da fala”. (p. 130-31). Nesse sentido, Aguiar e Ozella (2006) lembram que:

A apreensão dos sentidos não significa apreendermos uma resposta única, coerente, absolutamente definida, completa, mas expressões do sujeito muitas vezes contraditórias, parciais, que nos apresentam indicadores das formas de ser do sujeito, de processos vividos por ele. (p. 128).

A respeito da dificuldade de apreensão dos sentidos, Aguiar & Ozella (2006) entendem que os indivíduos nem sempre conseguem fazer as correlações necessárias e muitas vezes não articulam suas experiências, e dessa forma não se apropriam da totalidade do fenômeno. Nesse sentido, Aguiar (2001) completa salientando que

[...] cabe ao pesquisador o esforço analítico de ultrapassar essa aparência (formas de significação) e ir em busca das determinações (históricas e sociais), que se configuram no plano do sujeito como motivações, necessidades, interesses (que são portanto, individuais e históricos), para chegar ao sentido atribuído/construído pelo sujeito (p.131).

Dentro da perspectiva dialética, a tarefa fundamental consiste em descobrir a conexão significativa entre as partes e o todo, e considerar o processo psíquico em conexão com um processo integral mais complexo. Para atingir esta tarefa Vygotski (1931/1989) postula três princípios que formam a base para a análise das funções psicológicas superiores:

A análise de processos e não de objetos: não deve a análise se restringir à descrição da aparência dos objetos, pois estes não são estáveis e, portanto, as formas psicológicas devem ser apreendidas historicamente.

Explicação versus Descrição: este ponto ressalta que mesmo que dois fenômenos se assemelhem vistos na sua aparência, no que se revela ao imediato, podem diferir significativamente do ponto de vista de sua origem ou essência. Dessa maneira, Vygotski (1931/1989) defende que a “mera descrição não revela as relações dinâmico-causais reais subjacentes ao fenômeno [...] O tipo de análise objetiva que defendemos procura mostrar a essência dos fenômenos psicológicos, ao invés de suas características perceptíveis” (p.72-3).

O problema do comportamento fossilizado: reafirma a necessidade de estudar os fenômenos historicamente, em seu processo de mudança e descobrir a sua natureza, a sua essência. Ou seja, compreender o movimento contraditório que determina um comportamento, que muitas vezes se apresenta fossilizado, automatizado, estereotipado. “Em resumo, precisamos compreender sua origem. Conseqüentemente, precisamos concentrar-nos não no *produto* do desenvolvimento, mas no próprio *processo* de estabelecimento das formas

superiores. [...] Este é o objetivo da análise dinâmica.” (VYGOTSKI, 1931/1989, p.73-74. Grifos do autor).

Minayo (1994) enfatiza que a análise de dados deve buscar as significações, motivos, aspirações, crenças e valores contidos na retórica dos sujeitos, pois seu discurso contém uma dimensão histórica, cultural, política e ideológica, sendo o indivíduo um ser complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação.

A palavra com significados caracteriza a unidade de análise, identificando propriedades do pensamento, em seus aspectos cognitivo, afetivo, volitivo. Como aponta Vigotski (1934/2001), não dá para se satisfazer com a superficialidade que se apresenta de imediato, mas há a necessidade de compreensão do processo histórico que constitui o fenômeno em estudo, ou seja, sua historicidade.

É necessário, ainda de acordo com o autor, compreender o processo histórico que constitui o fenômeno em estudo, ou seja, sua historicidade, configurando como a unidade de análise a palavra, que significaria a unidade viva de som e significado. (VIGOTSKI, 1934/2001). Tomando a palavra com significado como unidade de análise, obtemos a base para criação dos “núcleos de significação do discurso”. Com isso, entendemos possível a busca de temas e questões centrais relatadas pelo sujeito, pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presentes nos relatos, buscando determinações, contradições, relações e configurações subjetivas dos indivíduos.

3.1.1. História de vida

Para aproximar-nos de nossa finalidade, qual seja investigar os significados sociais apresentados pelas mulheres sobre a relação entre alcoolismo, violência intrafamiliar e sofrimento psíquico, nos valem da utilização da história de vida como recurso metodológico.

A história de vida busca a apreensão da subjetividade e pode utilizar-se de várias técnicas, e a entrevista³⁴ é uma delas.

³⁴ Ferrarotti (citado por BUENO, 2002) considera a existência de dois tipos de materiais que podem ser utilizados na abordagem da História de Vida: os materiais biográficos primários (as narrativas ou relatos autobiográficos recolhidos por um pesquisador, em geral, por meio de entrevistas) e os materiais biográficos secundários (correspondências, diários, narrativas diversas, documentos oficiais, fotografias, etc.). De acordo com o autor, tradicionalmente, os materiais secundários foram mais utilizados, por se mostrarem estes mais objetivos. Entretanto, Ferrarotti, assinala a importância de uma inversão dessa tendência, considerando que as narrativas trazem e explicitam a subjetividade do sujeito.

Na área da pesquisa em saúde a história de vida frequentemente enfatiza um dado tema ou acontecimento da vida dos sujeitos, motivo pelo qual uma de suas denominações é a história de vida focal, ao passo que a história de vida completa investiga todos os âmbitos de vida dos sujeitos. (BELLATO et al., 2008).

Entretanto, consideramos que focar a história de vida apenas nos relatos do adoecimento ou das violências sofridas incorria em risco de reduzir os sujeitos a uma dimensão apenas de sua vida. Além disso, a recuperação da trajetória de vida até o momento da manifestação do adoecimento ou do sofrimento psíquico auxilia a identificar quais os sentidos e significados que foram se constituindo durante a sua existência e que atualmente são atribuídos ao processo saúde-doença.

Assim, ao contrário de investigar como os trabalhadores da saúde compreendem o fenômeno, decidimos ouvir os usuários, conhecer sua história e o modo como concebem esse processo, pois “só ouvindo o que adoecer poderemos estabelecer as relações necessárias para entender qual o sentido subjetivo que a experiência do adoecer ganha em sua vida” (MARTINS, 1994, p. 17).

Diversos autores salientam a importância da história de vida ao permitir captar a essência subjetiva da vida de uma pessoa e também de permitir ao indivíduo que discorra a respeito de sua própria vida, priorizando o papel do sujeito mediante a apropriação de seu percurso de vida. (MARTINS, 1994; BUENO et al., 2002; SANTOS; SANTOS, 2008).

Compreendemos a subjetividade como mediadora entre o indivíduo e sua vida material e “desse modo, procuramos resgatar o processo vivenciado pelas mulheres buscando compreender o papel da experiência cotidiana e do sentido atribuído nesse processo” (MARTINS, 1994, p. 19).

Priorizamos, desse modo, a narrativa dos usuários sobre como percebem o processo saúde-doença na tentativa de captar os significados atribuídos ao fenômeno. Optamos por captar a história de vida porque

nos interessa não apenas o conteúdo objetivo da biografia, mas também e acima de tudo, ter o pesquisado como autor da narrativa, pois só assim entendemos possível captar como o indivíduo se relaciona com sua própria história substrato da formação de sua personalidade. (MARTINS, 2005 p. 120).

Para Martins (2005) a compreensão da ‘dialética da vida pessoal’, ou seja, a apreensão da dialética subjetividade-objetividade se dá a partir da maneira como “o próprio indivíduo (re) produz de forma descritiva sua própria história ou sua biografia”. (MARTINS, 2005, p. 120)

Ecléa Bosi (1987), em estudo sobre memória e sociedade, enfatiza que desde a sua concepção o trabalho situava-se “naquela fronteira em que se cruzam os modos de ser do indivíduo e da sua cultura: fronteira que é um dos temas centrais da Psicologia Social” (p.1). A autora sinaliza que não se caracterizava a proposta de amostragem. O intuito que levou a empreendê-la foi “o registro da voz e, através dela, a vida e o pensamento [...]. Este registro alcança uma memória pessoal que [...] também é social, familiar e grupal” (p.1).

Nesse sentido, enfatizamos que embora tenhamos pretendido resgatar a história de vida das mulheres, estas narrativas não se encerram em si mesmas. A história de um indivíduo compreende em si a realidade que “sustenta o processo de personalização não de *um indivíduo*, mas *dos indivíduos*, e nesse sentido, avançamos da singularidade desse processo em direção à sua universalidade e por meio de novas abstrações e análises intentamos o conhecimento geral das bases reais”. (MARTINS, 2005. p.121. Grifos da autora).

Oliveira (2005) assinala que é preciso considerar que “o processo entre o indivíduo (o singular) e o gênero humano (o universal) se concretiza na relação que o indivíduo tem com a sociedade (o particular).” (p. 29).

Nesse sentido, temos que a base material na qual o sujeito está inserido permeia o seu desenvolvimento a partir das condições objetivas que se apresentam ao indivíduo. Dessa forma, nem o sujeito isoladamente pode ser tomado, nem a sociedade pode ser pensada de forma autônoma.

A particularidade se constitui em mediações que explicitam os mecanismos que interferem no modo de ser da singularidade, pois é por meio delas que a universalidade se concretiza na singularidade e vice-versa.

Assim, quando estudamos uma parcela da população, independentemente do número de indivíduos, estes refletem a expressão particular de sua singularidade. Em outras palavras, o indivíduo reflete aspectos da sociedade como um todo.

O conhecimento pressupõe a superação do singular em direção ao universal pela mediação do particular. Desse modo, ao buscar apreender os significados sociais, estes mostram que há conteúdos compartilhados socialmente e socialmente são incorporados no processo de apropriação das normas, valores, crenças, sentimentos e representações de uma dada sociedade num determinado momento e contexto histórico e político. Assim, as formas de convívio ou valores aceitos socialmente neste momento histórico podem diferir do que era aceito em tempos remotos, do mesmo modo que diferem com relação a distintas culturas.

Martins (1994) ressalta que “as falas dessas mulheres são representações da realidade vivenciada e sintetizam relações onde as mulheres estão inseridas e são co-responsáveis [...]”.

Entretanto, a autora pondera que, como representação, não deixa de ser esta, a forma pela qual estas mulheres encontraram de ver o real. (p. 20.)

Nesse sentido, vale reforçar que o relato sobre sua história é o relato da representação do indivíduo sobre sua história de vida e, como tal trará consigo tanto aspectos subjetivos quanto aspectos objetivos. (MARTINS, 2005. p.121.).

Sobre a fidedignidade dos fatos relatados, confirmar a sua autenticidade é dispensável, pois o que se pretende captar é a concepção do narrador sobre o vivido. (SANTOS; SANTOS, 2008). Estamos de acordo com o que Bosi (1987) conclui ao salientar que

a veracidade do narrador não nos preocupou: com certeza seus erros e seus lapsos são menos graves em suas consequências que as omissões da História oficial. Nosso interesse está *no que foi lembrado*, no que foi escolhido para perpetuar-se na história de sua vida. (p. 1, Grifos da autora).

A história de vida, portanto, não é captada por meio de um discurso que obedece necessariamente uma ordem cronológica ou uma progressão linear ao longo do tempo. (SANTOS; SANTOS, 2008). Simultaneamente, revela uma visão retrospectiva e prospectiva, já que se encontra entrelaçada em uma situação do presente, mas com percepção retrospectiva – trata do próprio indivíduo pensar sobre o seu futuro. (BUENO et al., 2002).

Assim, se instaura na narrativa uma atribuição de sentido atual a uma vivência anterior que comporta, dentre outras possibilidades, uma análise daquilo que constituiu uma experiência. (BELLATO et al., 2008).

A memória contém a temporalidade e contextualidade das relações, ou seja, é cultural, social e historicamente construída, perpetuando os modos de vida e de relações estabelecidas entre as pessoas. (BOSI, 1987).

Consideramos que esta metodologia aponta perspectiva de avaliação do cuidado, a partir da percepção do usuário dos serviços de saúde que o recebe. Elucidam aspectos referentes à vida das mulheres e também a sua experiência com o adoecimento – seu e de outros.

Capturada por meio das entrevistas com roteiro semiestruturado (vide Apêndice A), a história de vida se colocou como importante elemento capaz de articular questões específicas das famílias com aspectos mais gerais da Saúde Coletiva.

3.2. Desenvolvimento da Pesquisa e Procedimentos Metodológicos

3.2.1. Campo de pesquisa

O projeto foi desenvolvido na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Botucatu, interior do Estado de São Paulo.

O desenvolvimento da pesquisa nesta USF foi preferido por possuir os seguintes critérios: 1) Ser campo de pesquisa de outros estudos na área por pesquisadores do mesmo grupo de pesquisa, possibilitando a complementaridade dos dados; 2) Manifestação de interesse da equipe quando da apresentação da proposta; 3) Disponibilidade da equipe em auxiliar no processo de desenvolvimento da pesquisa.

3.2.2. Origem e caracterização da USF

Em funcionamento desde o ano de 2003, a USF é referência para os moradores de nove bairros e aproximadamente 1.400 famílias, com cerca de 7.000 pessoas cadastradas. Conta com duas equipes compostas por dois médicos, duas enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem, nove agentes comunitárias de saúde, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de consultório dentário, duas auxiliares administrativas e duas auxiliares de serviços gerais. Como parte do Programa de Pós-Graduação na Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu-SP/UNESP três Residentes de diferentes áreas estão alocados na unidade de saúde.

No interior do prédio há a recepção, sala de espera, salas de acolhimento, salas para atendimento médico e odontológico, vacinas, coleta de sangue, curativo e farmácia e uma sala na qual são realizadas reuniões. Esta possui um computador que é usado pelas ACS para lançamento dos dados de suas atividades para o Sistema Municipal de Informações de Saúde (SIMIS), abrigando as ACS, mas também é local de passagem. Não há, no entanto, um local apropriado para a realização de reunião com número grande de pessoas como formação continuada no trabalho ou mesmo a realização de intervenções em grupo. Quando uma atividade dessa natureza é necessária, é realizada na sala de espera num horário de pouco fluxo de usuários.

3.2.3. Contato com a equipe de trabalhadores da equipe da USF

Num primeiro momento, foi solicitada reunião com toda a equipe de trabalhadores da USF para exposição da proposta de desenvolvimento do projeto de pesquisa. Após a ciência e autorização da coordenação da USF para o desenvolvimento do estudo, solicitamos a colaboração dos trabalhadores para as etapas posteriores. As equipes foram convidadas a nos auxiliar no processo de identificação das famílias, atualização do levantamento dos dados preliminar e fornecer dados adicionais aos prontuários. Foi solicitado aos ACS acompanhamento aos domicílios para a realização de convite aos usuários para participação desta pesquisa.

Foi entregue cópia impressa do projeto de pesquisa à coordenadora da unidade e posteriormente ao médico do serviço.

3.2.4. Definição dos participantes da pesquisa

A ideia inicial do presente estudo era entrevistar todos os membros da família e conhecer a concepção de cada um sobre a experiência vivida, o que permitiria a compreensão mais ampla do fenômeno. Pensou-se que dessa forma, o trabalho traria maiores subsídios para compreender a problemática, com a contribuição da concepção de cada parte envolvida. Porém, prioritariamente a queixa era informada pelas mulheres, e convidar os parceiros destas para falar sobre um tema que ele não havia referido não se colocava como possibilidade naquele instante dada a necessidade de respeitar a confidencialidade das informações prestadas.

No levantamento inicial realizado em 2007, com base na consulta aos prontuários, com as agentes comunitárias de saúde e outros trabalhadores da equipe, além de consultas ao livro de controle do fornecimento de psicotrópicos, identificamos 367 pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental na USF, indicando a existência de mulheres com queixas que sugeriam sofrimento psíquico, totalizando 50,8% do total de pessoas identificadas. Além destes, somavam-se ainda mais 12% de pessoas em estados de ansiedade. Outros 32% apresentavam problemas relacionados ao alcoolismo, com maior prevalência masculina. Percebeu-se que havia um número significativo de pessoas pertencentes às

mesmas famílias com queixas que sugeriam a existência de violência intrafamiliar concomitante³⁵.

Assim, a população intencional procurou incluir todos os perfis que satisfizessem aos critérios pré-estabelecidos. Assim, quatro mulheres, participantes deste estudo, foram identificadas por dois ou mais trabalhadores e ex-funcionárias da USF.

3.3. Coleta de dados

3.3.1. Construção dos Instrumentos de Pesquisa

O levantamento dos dados se deu por meio de instrumentos de pesquisa descritos a seguir, que tinham por finalidade subsidiar a busca pela história de vida das participantes.

- Planilha de dados de pesquisa anterior: Os dados foram obtidos por meio de levantamento preliminar³⁶ e processamento dos dados numa planilha.
- Análise de documento: Foram consultados prontuários de usuários com a finalidade de seleção da população participante e extrair informações que poderiam ser exploradas na entrevista; os dados ainda foram checados e complementados com dados fornecidos em reuniões com as ACS e/ou outros trabalhadores da USF.
- Questionário: Ao primeiro contato as participantes foram convidadas a responder um breve questionário com a função de identificar os dados gerais. Este instrumento era constituído de questões sobre: nome, endereço, idade, sexo, estado civil, situação de moradia, escolaridade, profissão, condição de trabalho atual, frequência de comparecimento à USF e por que motivo.
- Roteiro de entrevista: O principal instrumento de coleta se deu pela entrevista em profundidade, direcionada por meio de um roteiro semiestruturado. O roteiro da entrevista³⁷ trazia por finalidade investigar os temas que consideramos mais significativos dentro do resgate da história de vida das participantes. Algumas perguntas foram previamente

³⁵ O processo de identificação das participantes da pesquisa foi difícil e demorado. Passados três anos do levantamento inicial, alguns dados por parte da equipe foram se perdendo, dado o rodízio de trabalhadores para outras unidades e assim, os novos trabalhadores não puderam confirmar a permanência do referido problema nas famílias. Somado a isto, a preocupação da equipe estava naquele momento voltada à presença do uso de *crack* no território. Outro elemento que justifica a questão é a extinção do grupo de mulheres na USF, onde o tema possivelmente emergia. Acreditamos que estes elementos contribuíram para que o problema permanecesse mascarado para a equipe.

³⁶ Levantamento preliminar realizado em 2007 (MARTINS et al. 2008), tendo sido identificadas 367 pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental adscritas ao território da unidade de saúde da família em que foi realizada esta pesquisa.

³⁷ Baseado no roteiro de entrevista elaborado por Martins (1994) - Tese de Doutorado. Vide Apêndice A.

padronizadas para permitir a comparabilidade de respostas entre os sujeitos, ao passo que outras foram aprofundadas ou inseridas durante a entrevista. Segundo os objetivos do estudo, o instrumento contou com oito eixos norteadores. São eles: origem, escolaridade, história de trabalho; posição social e econômica; crenças religiosas; relacionamento familiar; saúde e hábitos, participação em grupo. (Vide Apêndice A)

- Entrevista Piloto: O roteiro de entrevista foi alvo de validação, que ocorreu por meio de entrevista piloto realizada com uma mulher adscrita a outra Unidade de Saúde da Família e que preenchia os critérios de inclusão estipulados na pesquisa. O instrumento se mostrou consistente para os objetivos propostos.

3.3.2. Planejamento da coleta de dados via entrevista

As mulheres e a pesquisadora não possuíam vínculo prévio. Elas estavam na situação problema da pesquisa, mas haviam confiado as informações sobre a sua condição para outros trabalhadores da unidade de saúde.

Como essas mulheres foram indicadas por terem feito parte do grupo de mulheres que se realizava na USF, esse foi o caminho utilizado para a abordagem inicial.

Uma ACS nos auxiliou no contato com as mulheres, iniciado com uma visita domiciliar. Na ocasião foi realizada a apresentação pessoal bem como o motivo da visita. Todas as mulheres visitadas se mostraram muito abertas ao diálogo e saudosas do grupo e da profissional que o conduzia. Nesse momento as mulheres foram convidadas a participar do estudo. Todas se prontificaram a participar. No mesmo encontro foi realizada a coleta dos dados mais gerais por meio de um questionário sucinto com questões sobre escolaridade, idade, profissão, endereço.

Responder ao questionário nesse mesmo dia representou dupla função. Encerrava a finalidade de criar uma primeira aproximação com as mulheres e a entrevistadora, estabelecendo vinculação inicial, além de checar dados mais gerais sobre a população participante da pesquisa.

3.3.3. Realização das Entrevistas

Adotamos como mencionado, a História de Vida como recurso metodológico.

Utilizamos roteiro semiestruturado por fornecer certo suporte inicial como instrumento de apoio à memória da entrevistadora. Não se configurou, todavia, em questões fixas a serem abordadas e que de alguma forma limitasse a dinâmica necessária à realização da entrevista.

Mostrou-se o roteiro, como instrumento útil para nortear os temas que julgamos necessários investigar. Entretanto, suas questões foram flexibilizadas, possibilitando que durante a entrevista surgissem novos dados e informações. Entendemos que, dentre suas limitações, a entrevista direcionada exclusivamente por roteiros pode engessar a fluência dos relatos e a possibilidade de se tecer relações com os conteúdos revelados. Portanto, é a condução da entrevista que fornece os elementos essenciais para o aprofundamento da narrativa.

Ocorreram entrevistas individuais com as quatro mulheres participantes da pesquisa. Conforme a disponibilidade do pesquisador e das participantes as entrevistas foram agendadas individualmente na Unidade de Saúde da Família. Decidiu-se pela realização na própria unidade de saúde por perceber que os companheiros e/ou filhos das participantes ficavam algum período na casa ou poderiam chegar em algum momento, o que poderia inibir a fala durante a entrevista e prejudicar o conteúdo das informações prestadas caso estas fossem realizadas no local de moradia.

A coleta dos dados via entrevista ocorreu no período de abril a julho de 2011, em diferentes dias e horários. Algumas entrevistas foram canceladas e remarçadas após alguma situação imprevista.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (vide Apêndice B) para cada entrevistada, explicando os objetivos da pesquisa e feita a leitura do documento na íntegra. Confirmada a compreensão deste, solicitou-se a permissão para gravação digital da entrevista.

Foram realizadas duas longas entrevistas com cada participante, com aproximadamente duas horas cada. Assim, as mulheres foram convidadas a discorrer sobre suas experiências de forma livre, sobre elementos que consideraram importantes e significativos em relação ao que foi indagado pelo entrevistador. As intervenções e questionamentos serviram, durante a realização das entrevistas, para compreender ou aprofundar questões colocadas pelas mulheres. A realização da segunda entrevista apresentava como finalidade o aprofundamento sobre as questões referentes ao objeto de investigação do estudo e explorar conteúdos ou temas que apresentaram lacunas ou não foram suficientemente abordados na primeira entrevista.

Após a transcrição dos conteúdos e avaliação de que tínhamos informações que julgamos suficientes para compreender o fenômeno de investigação, cessamos a etapa de coleta de dados.

3.4. Questões Éticas

No que se refere à importância do respeito à ética na pesquisa, o projeto foi submetido para apreciação e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus Botucatu, tendo sido adotados os procedimentos pertinentes, previstos na Resolução 196 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b). O presente projeto integra o projeto de pesquisa “Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental: As necessidades de cuidado da população e os recursos utilizados pelas equipes de saúde” e foi aprovado pelo CEP em 20 de maio de 2010 (OF.223/2010-CEP).

No contexto da presente pesquisa, foram adotados os seguintes princípios éticos: 1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta dos dados, 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento (por intermédio da formalização do Termo de Consentimento (Apêndice B) e 3) a garantia de sigilo e anonimato dos dados obtidos nas entrevistas. (BRASIL, 1996b).

O projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação da Secretaria Municipal de Saúde por meio da Fundação UNI, sendo autorizado no dia 05 de abril de 2010 o seu desenvolvimento na referida USF.

IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Dados e análise de prontuário

As mulheres participantes da pesquisa são residentes do município de Botucatu, mas nasceram em outras localidades. A faixa etária média das participantes da pesquisa é de 52 anos.

Dados obtidos na análise dos prontuários revelaram algumas semelhanças entre as mulheres. Dentre as semelhanças, as queixas inespecíficas eram muito referidas, e a dor aparece como metáfora utilizada para explicar os desconfortos e dificuldades de viver o cotidiano. Aparece nos prontuários de todas as mulheres participantes da pesquisa a procura por cuidados na USF motivada por dores de cabeça, no estomago, nas costas, nas pernas. São referidas queixas ainda de alterações de peso, do padrão de sono, choro fácil, irritabilidade, cansaço. Referem estar nervosas e cansadas e ressentem-se por se sentirem sozinhas e sem apoio dos parceiros ou de outros.

Durante o período de alcoolismo dos maridos, registros nos prontuários indicavam que todas relatavam se encontrar sem libido e sem atividade sexual com os parceiros, fato revertido após abstinência destes. Também há relatos de ausência de atividades de lazer e uso de psicotrópicos em algum período da vida. Ainda se observou que elas eram as responsáveis pelos cuidados dos parceiros quando do adoecimento destes. Chama a atenção o prolongamento do sofrimento a que estas famílias estão expostas.

4.2. Dados gerais das entrevistas

Todas as mulheres viviam no momento da entrevista com os companheiros. Três das quatro participantes moram com cônjuge e filhos e uma relatou morar com o parceiro apenas. Todas tiveram filhos.

Duas delas estavam no segundo casamento e as outras duas só viveram com o parceiro atual. Elas apresentaram baixa escolaridade, todas tendo cursado o primeiro grau incompleto. Estavam desempregadas, no momento, duas delas, declarando-se donas de casa embora já tenham exercido outras funções em algum período da vida. Grande parte da atividade dos companheiros era relacionada à prestação de serviços (roceiro, pedreiro, cortador de cana, borracheiro, etc.), alternando entres algumas dessas atividades no decorrer da vida. A renda familiar de duas das entrevistadas é menor que um salário mínimo por pessoa.

Todas as entrevistadas relataram a existência de casos de adoecimento mental ou algum grau de sofrimento psíquico na família em algum período da vida. Quanto ao histórico medicamentoso, observou-se que a maioria das entrevistadas ou seus companheiros faz ou fez uso de psicotrópicos em algum período da vida.

Os medicamentos psicotrópicos mais referidos utilizados pelas participantes foram: Diazepan, Fluoxetina e Rivotril, que são indicados para tratar os sintomas de depressão, epilepsia, nervosismo, insônia, e convulsões. Uma das pessoas não soube dizer o nome da medicação utilizada, dizendo para o que era indicada. As repostas, na maioria, se referiam aos psicotrópicos como calmantes ou antidepressivos. Há ainda uso de outros medicamentos, em sua maioria indicados para o controle de dores, sobretudo nas articulações e pernas e os indicados para controle e tratamento de diabetes e hipertensão arterial. Os principais pontos de aquisição das receitas é a unidade de saúde.

A maioria das participantes procurou ajuda após longo período do aparecimento das queixas inespecíficas no caso das mulheres ou para seus companheiros com o agravamento da saúde decorrentes do alcoolismo. Os principais lugares procurados foram os hospitais gerais (pronto socorro) e o posto de saúde. Nenhuma das famílias recorreu aos hospitais psiquiátricos, embora o companheiro de uma delas tenha passado por internação psiquiátrica involuntária em manicômio na cidade de origem. O motivo alegado para a ocorrência de internação foi agressividade e agitação decorrente do uso abusivo de álcool. Nenhum usuário buscou atendimento em Centro de Atenção Psicossocial Ad (CAPS Ad). Um procurou o grupo “Alcoólicos Anônimos” (AA).

Com relação à procura pelo serviço de saúde, as mulheres relataram não terem recebido diagnóstico, ou referem não se lembrar ou não tem muita clareza sobre isso. Relatam, contudo, que apresentaram sintomas como: irritação, choro fácil, alterações do sono, do apetite, de humor e dores diversas que as impediam de realizar as atividades cotidianas.

Das que referiram seu diagnóstico, encontramos casos de depressão (na maioria entre as mulheres) e uso abusivo de álcool (dependência química) por parte de seus parceiros, referidos pelas mulheres ou registrados nos prontuários.

Em relação ao tratamento para esses usuários, os medicamentos ocupam o lugar de destaque, tanto para as mulheres quanto para seus parceiros.

Foi registrado que, atualmente, estas famílias não recebem qualquer tipo de acompanhamento da área de saúde mental. Para todas as participantes, o acompanhamento atualmente esteve restrito a visita ao médico para renovação da receita e/ou encontros com equipe de saúde para ações de rotina.

É importante apontar que aspectos do contexto social que não planejamos abordar durante a construção do projeto, surgiram espontaneamente. Outros, embora se constituíssem como eixos da investigação, como a violência intrafamiliar e o alcoolismo, emergem espontaneamente, não induzidos nos questionamentos.

Quadro 1 – Caracterização geral das entrevistadas.

Identificação ³⁸	Naturalidade	Idade	Estado civil ³⁹	Número de Filhos	Escolaridade	Ocupação	Religião	Renda Familiar R\$ (per capita)	Dependentes
Rita	Bahia	63	Casada	4	Não estudou ⁴⁰	Do lar	Católica	1,5	2
Carolina	Região metropolitana de São Paulo	50	União estável	2	4º ano Ensino Fundamental	Empregada doméstica	Não tem - Crê em Deus	0,5	3
Bárbara	Região metropolitana de São Paulo	54	União estável	5	8º ano Ensino Fundamental	Do lar	Católica	0,8	3
Iolanda	Minas Gerais	40	Casada	4	5º ano Ensino Fundamental	Comerciante	Católica	3,2	4

Apresentam muitas semelhanças nas histórias vividas, mas também é necessário que se faça conhecer suas singularidades. Para tanto, a seguir encontram-se sínteses da história de cada uma das participantes, a fim de circunstanciar as falas para que se conheça a história traçada por cada uma delas.

4.3. Síntese das Histórias de vida das participantes da pesquisa

4.3.1. Rita

Hoje com 63 anos de idade, Rita nasceu na zona rural de uma cidade pequena da Bahia. Ainda bebê, sua mãe morreu no parto de outro filho. Foi então separada dos demais irmãos e pai, e passou a viver com sua tia avó. Esta morreu quando Rita tem três anos e sua

³⁸ Os nomes atribuídos às entrevistadas são fictícios, para a garantia de sigilo e preservar o anonimato. Tomamos emprestados nomes de mulheres presentes nas canções de Chico Buarque. Buarque, segundo Menezes (2001), é o autor que mais sensivelmente capta a figura do feminino e a exprime, traduzindo-a em palavras e música. Em sua lírica emergem letras que modulam o feminino quando trata de "questões de gênero" na ruptura com o discurso habitual sobre a mulher, mesclando o afetivo e o social, o sexual e o político. Com efeito, ao tratar da mulher, se desvenda também o homem, e o masculino é convocado. (MONTEIRO, 2008).

³⁹ Utilizamos para designar o estado civil das participantes da pesquisa a nomenclatura "casada" para aquelas que se encontram em matrimônio formalizado/registrado em cartório e "união estável" para aquelas que vivem em relação conjugal, mas que não formalizaram o casamento.

⁴⁰ Não frequentou a escola na infância. Hoje está estudando.

prima com 15 anos assumiu o papel da mãe, e o marido da prima passaria a ser o pai adotivo de Rita.

Desde muito pequena trabalhou na lavoura com a família adotiva e não frequentou a escola. Com 16 anos e um casamento arranjado, Rita conheceu a vida conjugal. Aos 17 anos deu a luz à primeira filha. Com 20 anos nasceu sua segunda filha e nesse período mudou-se para São Paulo na busca por trabalho, depois de ter se mudado a várias regiões da Bahia à procura de serviço.

Ela e a família fizeram então parte dos cortadores de cana e mais adiante passaram a cortar lenha. As condições de vida e a moradia eram precárias. Retornaram à Bahia, mas a seca castigou a plantação e restou o retorno a São Paulo. Aqui no estado de São Paulo, com quatro filhos, morava na zona rural, distante de outras pessoas e sem rede de suporte social, o marido era alcoolista e apresentava comportamentos agressivos. Viveu com o companheiro por 19 anos.

Quando os filhos estão maiores, ela abandonou o marido e serviço de corte de lenha e alugou uma casa modesta na cidade. Conseguiu emprego numa fábrica e a vida começou a mudar. Com o tempo comprou uma casa e já não vivia mais de aluguel. Contudo, quando seu marido ficou doente ela ficou responsável pelo cuidado dele, mesmo estando separados. Certa vez, num episódio de briga ele feriu a filha mais velha deles com uma faca. A partir desse momento ela decidiu se separar judicialmente. No final da vida, a filha agredida, agora já casada, levou o pai para morar com ela. Logo ele morreu em decorrência de complicações clínicas da cirrose.

Rita vive com o segundo marido, há 17 anos. Ele também é casado pela segunda vez. Embora agredisse fisicamente a primeira esposa, o primeiro casamento dele acabou em razão de relacionamento extraconjugal. No início do casamento com Rita, seu companheiro entrou em conflito com o filho dela, que morava no mesmo quintal, ocasionando a separação temporária do casal. O marido pediu para voltar e se mudam para outra casa que ela possuía, sem muito conforto.

O segundo marido também fez uso pesado de álcool durante muito tempo da vida e há três anos ficou seriamente doente, também apresentando cirrose, momento em que deixou de beber. Ele esteve internado entre a vida e a morte e Rita se vê novamente no papel de cuidadora. Há 14 anos Rita sofreu com o assassinato de seu filho que na época estava com 29 anos de idade, em consequência de uma briga banal em um bar. Ele tinha um filho de dois anos. Rita hoje não recebe visita das filhas, pois elas não se relacionam bem com o marido da mãe que, dentre outros, certa vez ameaçou de morte sua filha mais velha.

Atualmente Rita se ressentida do relacionamento extraconjugal do marido e há dois anos, data do conhecimento deste fato, vivem na mesma casa, mas separados. Ainda assim abandonou o emprego para se dedicar ao cuidado marido que apresenta sequelas de seu adoecimento como paralisção de alguns movimentos e trombose nas pernas.

4.3.2. Carolina

Carolina tem 50 anos e é natural da região metropolitana de São Paulo. Aos 20 anos de idade fugiu de casa para se casar. Nesse momento seu pai foi hospitalizado por apresentar um infarto, ao qual a responsabiliza. Seu marido era trabalhador rural, colhia laranja e fazia uso de álcool. Ele não a agredia, viviam bem. Logo ela ficou grávida de seu primeiro filho, e sete anos mais tarde, ficou viúva. Com a morte do marido, encontra-se sem perspectivas para o futuro, com moradia incerta, bem como condições de manter sua subsistência e de seu filho. O pai a aceitou de volta, mas impôs a condição de ter de entregar todo o dinheiro que recebia com o trabalho de faxineira. Carolina passou a morar com a irmã do marido falecido.

Após um ano conheceu o marido atual numa festa junina. No dia em que se conheceram, ele conta que é aposentado, e procurava alguém para cuidar da casa e dele, e propõe que ela viesse morar com ele. Ela colocou como a condição poder levar seu filho de nove anos. Após pensar uma semana, ele a procurou e, no mesmo dia, foram viver juntos. Carolina conta que viveram bem no início. Ele tem cinco filhas do primeiro casamento, que acabou em razão de relação amorosa com outra mulher. Algum tempo depois Carolina deu a luz à segunda filha e, cinco meses depois foi abandonada pelo marido que, tendo conhecido outra mulher, passa a viver com esta.

Passados alguns anos ele voltou para casa e ela resolveu aceitá-lo. Duas semanas após o retorno, seu marido foi internado vítima de um AVC (acidente vascular cerebral). Após o adoecimento, ele retornou à casa apresentando comportamentos agressivos contra a esposa. Continuou a beber e tempos mais tarde apresentou um segundo AVC, que o deixou com os movimentos dos membros prejudicados e sem poder falar, permanecendo nessa condição até hoje.

Ele deixou de beber, e se mantém fumando, hábito presente desde os oito anos de idade. Diante da necessidade de cuidados médicos a família se mudou para Botucatu e há 15 anos aqui residem. As brigas e agressões acompanharam a vida de Carolina desde então, que é responsável pelos cuidados do marido.

Desde o adoecimento ele tem se mostrado mais ciumento, até mesmo com relação ao primeiro filho de Carolina, motivando muitas vezes as agressões físicas e verbais sofridas por ela. Ele tem apresentado ainda negligência com os cuidados e hábitos de higiene, o que por sua vez afastam o desejo de Carolina de se relacionar sexualmente com o marido. Há poucos meses estão dormindo separadamente, fato que o marido não aceita. Ele tem 74 anos e há 15 anos está doente.

Carolina convive com diabetes e pressão alta, e ultimamente tem apresentado pouca assiduidade ao tratamento medicamentoso. Não tem atividades de lazer, trabalha como empregada doméstica e recebe pelos seus serviços a quantia de 300 Reais mensais. Sente-se cansada e as queixas mais comuns são dores pelo corpo.

4.3.3. Bárbara

É natural da região metropolitana de São Paulo, tem 54 anos, cinco filhos. Quando mais jovem, sonhava ser jornalista. Cresceu assistindo as agressões que a mãe sofria. Seu pai bebia a espancava a sua mãe, que por esse motivo apresentou vários episódios de abortamento. Aos 15 anos seu pai morreu e no mesmo ano ela sofreu violência sexual pelo marido da irmã. No ano seguinte foi violentada por um rapaz apresentado por uma amiga. Não contou para ninguém estes fatos.

Aos 21 anos engravidou e, temendo a repercussão que isto poderia trazer em sua cidade natal, não contou ao pai da criança sobre a gravidez e convenceu a sua mãe a se mudar para Botucatu, onde vivia seu irmão. Escondeu a gravidez até os cinco meses. O irmão não admitia a gravidez e sugeriu que ela doasse seu filho ao nascer, mas ela não aceitou. Após o nascimento do filho, sua mãe a expulsou de casa, mas depois voltou atrás em sua decisão. Chegando a Botucatu, conseguiu um emprego, mas foi proibida de contar que era mãe solteira. Saiu do trabalho e passou a ajudar sua mãe a lavar roupa para fora.

Em frente a sua casa, abriu uma borracharia, local onde conheceu o marido. Em três meses eles se casaram, ele registrou o filho dela como pai. Não contaram sobre a paternidade do filho e tiveram mais quatro filhos. Ele começou a beber com maior frequência e a trabalhar cada vez menos. Por diversas vezes ela o mandou embora, ele prometia que deixaria de beber e ela o aceitava novamente, até que se separaram judicialmente. Venderam a casa e dividiram o dinheiro. Com a sua parte, ele comprou um carro com o qual sofreu acidente e o carro foi destruído.

Bárbara comprou uma casa distante de tudo, mas perto do hospital, para facilitar o tratamento da asma do seu filho. Não havia vizinhos, não havia segurança, não possuía o mínimo de conforto. Ela trabalhava à noite-em uma empresa de limpeza e era preciso deixar os filhos dormindo sozinhos em casa. Um deles tinha pouco mais de um ano de idade. As condições se agravaram, faltava dinheiro para as despesas, faltava comida. Não contava com a ajuda de amigos ou familiares, e apresentava dificuldade de suprir as necessidades materiais básicas dos filhos.

Ao passo que o marido permanecia fazendo uso de álcool e sem trabalho, não ajudava financeiramente no cuidado da família. Ele percebeu que precisava de ajuda e voltou para casa. Eles procuraram os serviços de saúde, buscaram uma solução para o problema. Ela engravidou e deu a luz ao filho caçula. Com o tempo o seu marido conseguiu trabalho melhor, seguiu em tratamento para o alcoolismo e deixou de beber definitivamente. Eles casaram-se novamente. Hoje ela não trabalha fora. Tem tendinite, problema na coluna e cuida do marido que ficou doente.

4.3.4. Iolanda

Iolanda tem 40 anos é natural de Botucatu, mas quando era ainda muito pequena, sua família mudou-se para o estado de Minas Gerais, onde ela viveu até os 15 anos, quando retorna à cidade de origem para trabalhar. Nesta cidade conheceu seu companheiro. Após um acidente de carro ela voltou para Minas Gerais e dois anos mais tarde se casa e retorna a Botucatu. Passou a viver com o companheiro e tiveram três filhos.

Durante a infância trabalhou na lavoura ajudando a família, posteriormente de babá e em uma lanchonete quando em Botucatu. Após se casar acompanhou o marido no trabalho na roça. Mais tarde passou a trabalhar como empregada doméstica e depois como cuidadora de uma pessoa acamada, embora o companheiro desejasse que ela permanecesse com os afazeres do lar.

O companheiro passou a fazer consumo excessivo de álcool e com o tempo a aptidão para o trabalho do parceiro diminuiu proporcionalmente ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas. Os conflitos familiares se intensificaram em virtude do trabalho dela fora de casa e do alcoolismo do parceiro. Ela decidiu se separar e procurou a justiça para que ele fosse retirado da moradia, mas quando foi expedida a ordem judicial para sua saída, desiste da separação, visto que acreditava que ao sair de casa o companheiro poderia ficar na rua e desse modo se tornaria um andarilho.

Neste momento Iolanda engravidou pela quarta vez e desenvolveu um quadro de depressão. Encontrava-se pressionada a deixar o emprego que garantia o sustento da família, já que o trabalho do marido era esporádico em decorrência de seu adoecimento e não vislumbrava, desse modo, saída para o impasse. Ela procurou ajuda na unidade de saúde e participou de um grupo de apoio para mulheres. A unidade de saúde ofereceu tratamento ao seu companheiro também, que aceitou o tratamento. Nesse período Iolanda fez uso de antidepressivos.

A condição financeira agravou-se com o nascimento de mais uma criança. A sogra era a pessoa quem cuidava dos outros filhos para que ela trabalhasse, mas agora já estava mais idosa e sem condições de cuidar de uma nova criança. Determinada a não deixar a criança na creche, Iolanda sentiu-se obrigada a encontrar uma solução. Pensou na necessidade de encontrar outra atividade que garantisse o sustento da família, e neste momento decidiu abrir uma mercearia, e também passou a vender roupas, maneira encontrada para permanecer em casa e desenvolver uma atividade remunerada. Com a desistência do trabalho fora de casa o companheiro deixou de beber definitivamente.

Como o alcoolismo se encerra concomitantemente ao nascimento da filha mais nova, Iolanda atribui a este fato o motivo do marido deixar de beber, e com isso, o fim do sofrimento que se arrastava por cerca de dez anos. Relata que passaram por dificuldades de toda ordem, e que era sofrido voltar para casa depois do trabalho, pois o companheiro chegava embriagado, não permitia que a família dormisse, quebrava objetos da casa e pertences da família, apresentava alucinações e constantemente precisava ser encaminhado ao pronto socorro para cuidado de decorrências clínicas do alcoolismo. No outro dia precisava trabalhar mesmo sem ter conseguido dormir, o que se repetiu, segundo Iolanda, por incontáveis vezes.

Afirma que teve que ser pai e mãe dentro de casa, sem poder contar com o auxílio do companheiro na educação dos filhos e na manutenção da casa. Para Iolanda causava constrangimento ainda, ter que lidar com os comentários e julgamentos de vizinhos e familiares sobre a sua condição conjugal, que compreendiam o alcoolismo do seu companheiro como algo a se envergonhar e não concebiam a sua aceitação.

Há seis anos o parceiro deixou de beber e trabalha como mestre de obras. Iolanda cuida de sua mercearia e dos filhos.

4.4. Análise dos núcleos de significação⁴¹

Como ponto de partida para a análise das concepções relacionadas ao objeto da pesquisa, foi realizada a ordenação dos dados captados e registrados por meio das entrevistas e, tendo realizado a transcrição⁴² na íntegra dos conteúdos gravados, a primeira leitura flutuante⁴³ possibilitou estabelecer as impressões iniciais e identificação dos conteúdos mais prevalentes.

Num segundo momento, empreendemos na leitura exaustiva e repetida do material, constituindo a elaboração de uma primeira classificação, em que cada assunto, tópico ou tema foi separado e posteriormente classificado por temas mais relevantes, que consistem nos pré-indicadores.

Outro momento da análise se deu no processo de aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, pela complementaridade ou pela contraposição dos conteúdos, buscando a construção dos núcleos de significação. No processo de análise das falas dos sujeitos, a partir da metodologia proposta, foram identificados núcleos de significação⁴⁴ que expressam, segundo Aguiar (2001) e Aguiar e Ozella (2006), a apreensão do significado da fala como unidade de análise, e sua síntese é realizada à luz do referencial teórico.

⁴¹ O relato das participantes da pesquisa está como na transcrição literal das entrevistas, no uso coloquial da fala, preservando possíveis erros de linguagem e construção de frases segundo a norma culta/formal.

⁴² A transcrição é uma tarefa árdua que demanda tempo. Necessitam-se aproximadamente de cinco a seis horas para transcrever uma hora de entrevista. Em uma conversação entre duas pessoas, de acordo com Santos e Santos (2008), a comunicação ocorre por três canais simultaneamente: a comunicação não verbal (gestos, expressões do rosto); a entonação da voz e as palavras próprias. Um silêncio pode significar o tempo necessário para outras reflexões. Ao transcrever as entrevistas o entrevistador recorda o encontro e a emoção, muitas vezes contida no que não foi dito. A realização da transcrição pelo próprio pesquisador permite uma autoavaliação no seu papel como entrevistador, além de ajustes na trajetória do estudo. A atenção, não interromper e escutar os relatos sem julgamentos e intervenções contribui a fluidez das entrevistas e significa ter respeito pela pessoa que está contando sua história de vida. (SANTOS; SANTOS, 2008).

⁴³ A análise de uma entrevista biográfica objetiva explicitar os significados pertinentes nela contidos. Os significados não aparecem na primeira leitura, mas no transcurso das leituras sucessivas. Cada leitura revela novos conteúdos.

⁴⁴ É importante frisar que as categorias de análise não foram determinadas antes do trabalho de campo, mas foram construídas a partir dos conteúdos identificados por meio das entrevistas.

Assim, identificamos quatro temáticas, com vários núcleos de significação – explicativos e de enfrentamento:

Quadro 2 – Núcleos de significações

A) A origem e a explicação do processo de adoecimento: A.1. Concepção científica do fenômeno: o alcoolismo como doença; A.2. Concepção pautada no caráter: o alcoolismo como ruindade; A.3. Concepção metafísica: o destino.
B) O alcoolismo e suas consequências: B.1. O alcoolismo como impeditivo ao trabalho B.2. O alcoolismo como desencadeador de violência intrafamiliar: - destruição dos pertences; - privação do sono; - agressão verbal; - violência física; - cerceamento da liberdade; - tentativa de homicídio; - negligência; - ameaças para deixarem o local de moradia; - insinuações contra a mulher. B.3. Sofrimento psíquico: as dores e o fardo de viver com o alcoolismo B.4. O cuidado como dever da mulher
C) As tentativas de enfrentamento ao alcoolismo e à violência intrafamiliar: C.1. Permanecer na relação: ruim com ele, pior sem ele; C.2. A raiva expressando as mudanças afetivas e a emergência de sentimentos negativos nas relações; C.3. O acionamento da força policial abortado pela retirada da queixa; C.4. Os agravos à saúde levando ao abandono do uso de bebidas alcoólicas.
D) A experiência grupal como apoio social: D.1. O grupo institucional como único espaço de expressão de sentimentos e de vivências D.2. O grupo como espaço de identificação com outras mulheres; D.3. O grupo como espaço gerador de novas relações afetivas.

Portanto, partiremos para a análise dos núcleos de significados⁴⁵.

⁴⁵ Algumas falas contêm mais de um significado, podendo a mesma fala remeter a várias significações amplas e por este motivo podem ser utilizadas repetidas vezes, por considerarmos que são expressões importantes de um ou mais núcleos.

A) A origem e explicações do processo de adoecimento.

A partir das entrevistas realizadas, identificamos relatos sobre origem e explicação do processo de adoecimento, sendo de diversas ordens as explicações sobre como este se apresenta e como o compreendem. Um dos núcleos de significação emergente incide a respeito da:

A.1. Concepção científica do fenômeno: o alcoolismo como doença.

Algumas falas evidenciam esta questão⁴⁶:

Eu tava naquela situação porque ele era uma pessoa viciada em álcool, doente e que eu queria perto de mim. [...] eu sabia que aquilo ali que ele tinha era uma doença, sabe, não era pouca vergonha. Era uma coisa que se eu cuidasse, se eu apoiasse, se eu tratasse, ele ia melhorar. [...] Porque eu sempre falava pros meus filhos o problema dele é uma doença. Sabe, num... Ele não bebe porque ele, ele quer. [...] É um vício que se a gente cuidar cura, agora se a gente largar mão vai virar um andante, um indigente. [...] Eu pensava assim: [...] Ele bebe porque ele tá doente. Que ele falava pra mim assim: eu quero parar, mas eu não consigo. Eu tento, mas eu não consigo. (Bárbara)

[...] ele falava que ele não era alcoólatra. Ele não aceitava que eu falasse isso de maneira alguma. A gente assim não tinha um diálogo, fia. [...] toda pessoa que bebe hoje, fia do céu, não tem valor. Ninguém dá valor por essa pessoa, né. E realmente não dá mesmo. Eu vejo por causa dele, né. É... É... Ele passava na rua o pessoal ficava falando, ficava comentando: essa mulher trabalha e esse homem fica dentro de casa só bebendo, be... Bebendo. Eu sentia vergonha. Eu tinha vergonha, mas vou fazer o que? Na bebida, o que vinha na boca dele ele falava, xingava qualquer um, parente, vizinho, imagine. Ele falava mesmo, que ninguém tinha nada a ver com a vida dele, mas o pessoal, o pessoal comentava muito, né. Isso comenta mesmo. Não... As pessoas não dão valor, né, fia, de maneira alguma. As pessoas não dão va...valor. [...] você pode ver um bêbado que passa na rua, qualquer um, todo... Ele chama a atenção de todo mundo. Chama a atenção de todo mundo. Então, é uma doença, viu, é uma doença. Então, ninguém dá o valor, é... É... Eles humilham muito essas pessoas, viu. (Iolanda)

Como mostram os relatos apresentados, as populações têm sido influenciadas pela perpetuação de instrumentos de interpretação dos fenômenos dada pela incorporação de saberes científicos. Esta conforma definição aportada nos padrões científicos, bastante estimados atualmente em que a razão científica e seu saber são valorizados pela sociedade.

⁴⁶ Algumas das entrevistadas relataram fatos ocorridos em relacionamentos distintos. Para diferenciação dos companheiros, as falas serão seguidas de [M1] para o primeiro relacionamento e [M2] para o segundo, quando for o caso.

Tal condição está relacionada ao papel preponderante do saber produzido sobre o processo saúde/doença, às concepções e práticas de saúde na centralidade do modelo biomédico. Essas concepções e práticas possivelmente foram incorporadas no discurso das mulheres por meio da participação em diversos espaços da saúde na busca por tratamento aos seus companheiros, possibilitando a reflexão sobre o tema e sua gênese.

Desde o nascimento as pessoas vão se apropriando dos significados que estão colocados no mundo desde antes de seu nascimento e produzidos num dado contexto histórico. Teorias explicativas de determinado período são mantidas ou modificadas dependendo da conjuntura social e econômica. Assim, as diferentes áreas produzem teorias que são apropriadas pela sociedade, tornando-se parte também do saber popular.

O homem apropria-se (ou apreende) desses significados e os transmite, compondo a compreensão como fenômeno coletivo.

Os relatos sobre a explicação do fenômeno apresentam aproximações entre si no sentido em que o compreendem como uma doença, em que o sujeito do adoecimento é vítima de dependência química. Embora os discursos coloquem o alcoolismo no patamar de doença, os significados e sentidos que atribuem ao fenômeno são divergentes. A compreensão do fenômeno passa pelo âmbito da singularidade e, mesmo apontando a mesma causa para o fenômeno, os relatos de como cada mulher o vivencia e explica o adoecimento assume formas diferentes. Aguiar e Ozella lembram que é preciso

apreender o processo constitutivo dos sentidos bem como os elementos que engendram esse processo [...] mesmo quando não colocado explícita ou intencionalmente, é expressão do sujeito, configurado pela unicidade histórica e social do sujeito, revelação das suas possibilidades de criação. (2006, p.227).

Pode-se observar que Bárbara entende como foco da questão o fato de seu companheiro precisar de sua ajuda, além de compreender que individualmente ele pouco poderia fazer por si. Outro elemento interessante é que ela prioriza a relação afetiva entre os membros da família, auxiliando os filhos a perceber a distinção entre o beber na compreensão da doença em oposição à falta de vergonha. Para ela, o essencial é que ela nutre por ele sentimentos que a fazem se preocupar com o seu bem estar, com a saúde e com o sofrimento que se apresenta ao companheiro, expresso na equação querer parar de beber e não o conseguir.

No relato de Iolanda, vemos que o companheiro não reconhecia e não aceitava o rótulo de “alcoólatra”. Por um lado, podemos entender que ele próprio não se via como pessoa com necessidades de cuidado em saúde mental, o que pode ser explicado pela recente incorporação

de políticas públicas específicas sobre o tema do alcoolismo na área da saúde. Por outro, é compreensível a não aceitação do rótulo que buscam impor-lhe, visto que o termo vem carregado de significado assumido para a sociedade contemporânea e o estigma que embute à pessoa.

O estigma marca a pessoa e os rótulos são sempre negativos, desqualificando o sujeito. Podemos inferir que para o companheiro de Iolanda, a rejeição em falar sobre o assunto passava por esta condição. Aceitar a denominação de alcoolista implicaria aceitar o que o termo utilizado – alcoólatra – poderia trazer. Os rótulos impedem que as pessoas possam se relacionar com as demais de forma equânime, já que são tratadas com desrespeito, desconfiança ou mesmo medo.

A discriminação pode trazer exclusão e mais sofrimento. Desse modo, ao negar o adoecimento o sujeito afasta-se do problema, mas distancia-se do mesmo modo de qualquer possibilidade de busca por apoio e cuidado em saúde. A compreensão sobre o alcoolismo ainda passa pela dimensão cultural atribuída ao consumo de bebidas alcoólicas, na qual os sujeitos aprendem que o beber faz parte da vida cotidiana. Assim, o seu uso não é compreendido pelos usuários como um problema de saúde, mesmo quando já se encontram dependentes da substância.

Iolanda também se mantém apartada das necessidades do companheiro, e a ênfase é dada ao olhar externo, na compreensão e no juízo que as pessoas ao seu redor lançam sobre o que ocorre na sua vida conjugal. Revela sentir vergonha por saber o conteúdo dos comentários a respeito do alcoolismo do parceiro por parte do grupo social.

Outra concepção que expressa uma unidade importante em torno dos significados sociais advém sobre a:

A.2. Concepção pautada no caráter: o alcoolismo como ruindade

Os relatos exprimem o modo como percebem o alcoolismo em suas histórias. Aqui, o alcoolismo funde-se com a experiência negativa das relações vivenciadas com o parceiro que fazia uso abusivo de álcool.

[...] num deu pra viver porque ele era muito ruim. Bebia, maltratava muito [...] ele começou a ficar muito ruim mesmo. Ele só bebia, ele só bebia, bebia a semana inteira, não trabalhava. O negócio era só beber. [...] foi muito ruim. Foi uma pessoa má. Judiava muito da gente. Até o mantimento ele jogava pras galinhas dos outros comer. E isso foi marcando eu, né. [M1].
(Rita)

Sempre tomava uma coquinha com a bebida mas sempre normal, né, passeava tudo [...] eu nunca vi ele de fogo [...]. Eu pensei não, muito educado. Eu falei não, ele é um cidadão, né [...] só que quando nós se namorava era uma coisa. Você sabe que quando namora é uma coisa, é um adeus e um Deus [riso]. [M2]. (Rita)

Porque ele é ruim. [...] é a ruindade, né. [riso] é a ruindade, né. [...] Não é verdade? Agora se for pra ele melhorar não da certo. Não, ele não vai melhorar. Não. (Carolina)

Nos dois casos, as mulheres relatam a dificuldade de viver naquele contexto e a explicação recai sobre a personalidade dos companheiros. Quando a explicação do fenômeno é baseada no conceito de caráter, na personalidade que é compreendida como ruim, a transformação desta condição não está posta como possibilidade, visto que parte-se do pressuposto de que são características inerentes ao indivíduo e, portanto, o acompanharão por toda a vida. A fala de Carolina remete a este fato quando relata não acreditar na possibilidade da mudança. É, para ela, imutável.

Rita expõe que o uso recreacional de bebidas alcoólicas pelo parceiro o caracterizava como “um cidadão”. Por nunca ter presenciado alterações do comportamento do parceiro motivadas pelo consumo da substância, a fantasia criada sobre este homem – “muito educado” - não se assentava com a representação que trazia sobre o alcoolismo. Dessa maneira, o relato indica a sua concepção sobre a postura das pessoas que fazem uso excessivo de álcool que é associada à experiência anterior com o primeiro companheiro e o modo como este organizava a relação do casal. Diferentemente da compreensão do alcoolismo como doença, a crença na ruindade expressa a definição baseada na moral.

Assim, diferentemente das mulheres que concebem o alcoolismo como parte do processo de adoecimento, a concepção sobre o fenômeno nos relatos ainda permanece restrita ao senso comum, apartada de espaços que realizem reflexões sobre os seus determinantes e condicionantes.

Estes mesmos determinantes incidiram sobre a ciência psicológica que igualmente abordou a personalidade com base em traços de caráter com diferentes teses que buscavam identificar traços comuns e salientavam a degradação das pessoas⁴⁷.

⁴⁷ As ideias do italiano Cesare Lombroso (1835-1809) sustentaram a Criminologia do século XIX, que se inicia com a publicação de sua obra “O Homem Delinquente” cuja primeira edição apareceu em 1876 e expôs em detalhe suas observações e teorias. A tese principal de Lombroso baseava-se na tipologia em que destaca a categoria do delinquente nato. Já existiram várias tendências causais na criminologia e, segundo Lombroso, para erradicar o delito deveríamos encontrar a eventual causa que residia no próprio delinquente, apartado das relações com meio social. A Escola Positiva surgiu no contexto de um acelerado desenvolvimento das ciências sociais (Antropologia, Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, estatística, etc.). Esse fato determinou de forma significativa uma nova orientação nos estudos criminológicos. (CALHAU, 2008). As teorias deterministas de Lombroso afirmavam que criminosos e não criminosos se distinguiriam entre si por uma série de características corporais que poderiam identificar um homem como delinquente, a partir de anomalias e estigmas de origem

Nesse sentido, Boarini e Yamamoto (2004) lembram que no terreno da eugenia nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, esta se articula perfeitamente com os propósitos do higienismo, com campanhas que alertavam para a necessidade de intervir nos hábitos e também nas uniões conjugais que representavam risco à coletividade quando estas poderiam transmitir doenças ou valores contrários à sociedade que se pretendia construir. O alcoolismo, juntamente com casos de sífilis, tuberculose e a doença mental, deveria ser combatido, pois se acreditava que era preciso regenerar as pessoas para melhorar a sociedade.

Julgamentos a respeito da presença ou ausência de uma anomalia de seu caráter colaboraram para a formação de um conjunto de conceitos sobre o fenômeno e parece ainda ressoar nas manifestações sociais que herdou esta forma de pensar e que se encontra arraigado no senso comum, direcionando os valores e as práticas sociais.

Estes encaminhamentos eram legitimados pela Psicologia como aporte científico, exercendo papel preponderante como agente da normatividade. Desse modo, as pessoas que se encontravam à parte dos padrões de normalidade aceitos na sociedade na época eram compreendidas como pessoas de caráter desviante e, portanto, deveriam ser isolados, excluídos, apartados dessa sociedade para que a ordem fosse reestabelecida.

Os tratamentos asilares que até hoje imperam como modelos de cuidado em saúde mental remontam a esse período histórico, e com força vem retomando espaço, ainda que na contramão do movimento da reforma psiquiátrica. Fundado no conceito que o sujeito para ser tratado deve ser apartado do ambiente favorecedor das condutas repreensíveis, evidencia o retorno às práticas higienistas que visavam limpar as cidades.

Ainda há de se considerar que quando a explicação do fenômeno perpassa no nível do caráter, perde-se de vista a necessidade de cuidado em saúde, adotando a responsabilização do indivíduo e ideologicamente relega a possibilidade de cura exclusivamente pela determinação pessoal. Desse modo, os sujeitos devem superar sua má índole para conformar-se aos modelos impostos segundo o papel que deve desenvolver. Dá-se o acobertamento das necessidades e o mascaramento de seus determinantes sociais.

hereditária ou degenerativa. (MOLINA, 1999, citado por CHALAU, 2008). Dentre elas eram incluídas: arcos superciliares excessivos, prognatismo inferior, nariz torcido, lábios grossos, arcada dentária defeituosa, braços excessivamente longos, mãos grandes, anomalias dos órgãos sexuais, orelhas grandes e separadas, polidactia. (CALHAU, 2008).

As características anímicas relacionavam-se à insensibilidade à dor, tendência à tatuagem, cinismo, vaidade, crueldade, falta de senso moral, preguiça excessiva, caráter impulsivo. (ALBERGARIA, 1999, citado por CHALAU, 2008). Atualmente assistimos o retorno de estudos de endocrinologia, que associam a agressividade do delinquente à testosterona (hormônio masculino) e os estudos de genética que buscam identificar no genoma humano um possível "gene da criminalidade".

[...] ele não tinha moral, sabe, pra um dia falar pros meus filhos: ó, você não pode beber. Olha, você não pode isso, você não pode aquilo, porque ele fazia tudo isso, né. Ele fazia tudo ao contrário. (Bárbara)

O alcoolismo implicaria, dessa forma, na impossibilidade de que o companheiro cumprisse seu papel de pai na educação dos filhos. No momento em que se encontra na posição de alcoolista, o companheiro conflita com o ideal de pai e como bom exemplo a ser seguido pelos filhos. Desse modo, não teria autoridade para orientá-los, ao passo que estaria agindo de modo incoerente com o que faz e o discurso que adotaria.

As concepções moralistas trazem em seu bojo uma visão maniqueísta da realidade que intensifica a polarização dos sujeitos, divididos em bons e maus, sem que ninguém possa escapar a essa divisão.

Embora as explicações apresentem distintas formas de compreensão do adoecimento, vemos que a concepção baseada no caráter permanece tão somente no nível do indivíduo, pois consideram o sujeito do adoecimento abstraído da coletividade e excluído dos aspectos sociais de existência.

Em síntese, as explicações sobre a causalidade do alcoolismo revelam-se, para parte dos indivíduos, como vimos, ou como expressão de adoecimento ou como formação de personalidade pautada no caráter individual. Entretanto, para explicar como este fenômeno se apresenta em sua família, na sua vida, a retórica das mulheres explicita a crença de que o aparecimento do alcoolismo e suas consequências possam estar vinculados à força do acaso, ou de uma sina, relacionada à:

A.3. Concepção metafísica: o destino.

Assim, a provação divina se faz presente, proporcionando o atravessamento místico ou sobrenatural à explicação inicial, seja ela atrelada à concepção como doença ou motivada pela compreensão de um possível desvio moral.

Por isso que eu falo: olha nada vem por acaso. O que tem que passar tem. É isso aí que eu falo: será que tinha que vim tudo isso mais uma vez? Pensa bem... Será que veio marcado por algum destino, alguma coisa, puxa? (Rita)
[...] Deus sabe todo o... O que uma pessoa precisa. Deus sabe até aonde... Ele dá uma provação pra pessoa pra ela suportar o que ela aguenta. E foi o meu caso. O meu marido bebia muito nessa época, que eu trabalhava fora, ele não aceitava eu trabalhar fora. (Iolanda)
Eu falei: Ah, mas o destino é assim mesmo, né. (Carolina)

Iolanda, mesmo concebendo o alcoolismo como uma doença e adotando explicações científicas para o adoecimento do companheiro, revela que, ao tentar entender o porquê de a

doença se manifestar em sua família, acredita na existência do poder de uma predestinação, assumindo papel de centralidade no movimento de elucidação do seu aparecimento.

Rita viveu com o alcoolismo do primeiro parceiro e viveu novamente com o segundo relacionamento e se pergunta qual seria o sentido de passar por semelhante situação novamente. Afastada de qualquer tipo de reflexão que possa subsidiar a sua compreensão sobre o fenômeno que tem insistentemente se apresentado a sua vida, indaga a presença de determinação mística. Iolanda afirma acreditar que há uma instância divina que regulamenta o fardo que cada pessoa pode suportar.

Associada à ideia da imposição de provação por meio uma força divina, o sofrimento na experiência religiosa torna-se então ferramenta de fortalecimento espiritual e útil subsídio para alcançar a vitória do ser que é “bom”. Dessa forma, o sofrimento é aceito pacientemente e evidenciaria, dessa maneira, a grandeza do indivíduo.

A recompensa divina sem a cruz – metáfora do sofrimento – não teria sentido, corroborando para a valorização do que é recebido por meio do sacrifício. Testes, provações, perseguições e sofrimento são compreendidos como passagens inevitáveis para aqueles que estão determinados a viver vidas realmente plenas do ponto de vista religioso. O sofrimento, portanto, se caracteriza como momentos transitórios até a conquista da recompensa permanente.

Você dá valor nas coisas que você conquista com sofrimento. Coisa que vem de mão beijada não é valorizada, né. Então o que a gente consegue com sofrimento, trabalho [...] Graças a Deus que o sofrimento pra mim, pelo menos, graças a Deus foi... Foi revertido em sabe, em coisas boas, que hoje eu não tenho o que reclamar, sabe. (Bárbara)

[...] porque aí eu olho o meu marido hoje e eu vejo, sabe, hoje a pessoa que ele é, sabe. E vejo lá atrás o que eu passei e dou muito valor no que eu tenho hoje, sabe, na pessoa que ele é, nos filhos que eu tenho, na casa que eu tenho, sabe, na vida que eu tenho, né. Então eu falo: eu só tenho o que agradecer, né, que todo o meu sofrimento, apesar de tudo valeu a pena, né. (Bárbara)

Eu falei: Ah, mas o destino é assim mesmo, né. Mas tem gente que vai embora, larga né, mas eu já vi que ele tava bem de saúde, veio ela com saúde, a festa foi maravilhosa quando ela [filha] nasceu, né. (Carolina)

Para Carolina, o sofrimento se apresenta depois de ter vivido bons momentos. Pondera, dessa forma, que quis o destino que agora ela devesse enfrentar alguns desafios.

Quando não restam mais meios para explicar os reveses da vida, os sujeitos lançam mão do místico e do metafísico. Essas instâncias se aplicam, seguramente, não apenas ao adoecimento, mas para dificuldades de diversas ordens que se apresentam na vida dos indivíduos.

[...] foi a mão de Deus, assim, sabe. Se Deus existe, aquela hora ele ficou do meu lado, [choro] porque é isso que eu falo pros meus filhos hoje, sabe, porque realmente eu não pude contar com ninguém, sabe. (Bárbara)
Tem dia que eu falo assim eu não sei o plano que Deus tem comigo, [...]
Agora eu vou esperar o que Deus vai fazer agora, né [...] Que nem eu falo assim: nossa, Deus, eu sou uma pessoa muito protegida por Deus, né. Eu tenho muita fé nele. Eu acho que isso que eu tô passando ele vai me dar força que eu vou passar por cima disso aí. (Rita)
[...] desde que ele ficou doente, que ele... Essa bebida dele eu tive bença na igreja [...] eu fiz sete terça feira, mas eu vou assim, com fé em Deus. E falei assim meu Deus, me dá uma... Eu quietinha no coração meu, né, fico quietinha vendo eles orar lá, né, mas eu vou pedir a Deus, meu Deus me dá uma saída. Eu não to aguentando mais a bebida desse homem, meu pai. To de ponto de jogar minhas coisinhas jogar tudo por ar. [M2]. (Rita)

Vivendo em uma situação limite e mesmo não tendo com quem contar, Bárbara explicita a certeza de que não estava sozinha. O relato de Rita mostra que o esperar é a única possibilidade vislumbrada. A explicação ideológica perpassa o nível do esforço para o merecimento, culminando numa só consequência: a imobilização. Dessa maneira, as desigualdades sociais são naturalizadas e servem como freio às revoltas contra os modos de opressão.

Ao não possuir qualquer controle sobre sua vida, a explicação sobrenatural é a única alternativa restante. E se não há o que fazer a não ser resignar-se com a sorte que tiver que receber, a ação para a mudança não está colocada no campo das possibilidades. Dessa forma, mesmo percebendo o alcoolismo como uma doença, as saídas buscadas perpassam o nível do sobrenatural.

De fato, as explicações baseadas em Karma ou recompensa *post mortem* trazem no seu bojo noções que reforçam a resignação dos sujeitos para a aceitação e adaptação aos problemas, visto que o sofrimento permitiria que os seus pecados fossem perdoados, e desse modo, a sua “dívida” estaria sendo saldada.

Desta maneira, é essa formação cultural do homem que será seu aparato para a construção da sua religiosidade e espiritualidade, que são criados por símbolos “para sintetizar o *ethos* de um povo – tom, o caráter e a qualidade de vida, seu estilo e disposições morais e estéticos – e sua visão de mundo”. (GEERTZ, 1978, p. 103-104). Evidencia-se como a religiosidade, em certa medida, se mostra como fundamental ferramenta utilizada para explicação para o processo saúde-doença. É possível, desta maneira, perceber a interface entre as crenças religiosas e a forma como o indivíduo se relaciona de forma subjetiva com essas questões.

Historicamente tem se subtraído a importância da expressão da subjetividade. Dessa forma, as crenças religiosas aparecem com o desígnio de suprir esses questionamentos internos aos quais os sujeitos sentem-se desprovidos de elementos que os auxiliem a compreender. Entretanto, tais práticas se afastam das discussões genérico-humanas, pois imobilizam os sujeitos, mantendo-os reféns dos modos de existência precários e não garantem ações para o desenvolvimento humano.

Podemos perceber que, de maneira majoritária, as formas utilizadas para compreender a origem do adoecimento e assim intervir sobre ele, partem de concepções que polarizam entre o caráter do indivíduo e da explicação científica do alcoolismo como doença, atravessados pela explicação sobrenatural.

Os relatos mostraram que em determinado momento seus companheiros começaram a fazer uso de bebida alcoólica.

Assim de vez em quando final de semana, só cerveja, aquela coisa, que a gente acha que não vai passar daquilo, né. (Bárbara)

[...] ele chegava da roça, ele ia pro bar e chegava bêbado.[...]. (Carolina)

Sempre tomava uma coquinha com a bebida, mas sempre normal, né, passeava tudo [...] [M2]. (Rita)

Embora as explicações do fenômeno estejam baseadas na noção da natureza do alcoolismo como doença, as mulheres se questionam sobre qual seria sua origem, ou seja, é uma doença a dependência química, mas quais seriam os fatores que levariam ao alcoolismo? Em determinado momento, em consequência à continuidade do uso, a dependência à substância vai se instalando. E que motivos são estes que provocam, desencadeiam o alcoolismo?

Por um lado, a explicação do fenômeno se dá a partir do conceito de doença. Por outro, os relatos apontam para etiologia do fenômeno, que pode ser percebida de forma unicausal e outras vezes compreendida de forma multideterminada. No decorrer dos relatos vai ficando claro que, ora apontam um determinado fator como desencadeante do alcoolismo, ora outros elementos vão sendo incorporados, o que nos faz identificar vários aspectos como condicionantes para o adoecimento.

Bárbara, Rita, Carolina e Iolanda apontam como um dos motivos para o início do consumo de álcool dos companheiros, a inserção em um grupo de amigos em que o beber está posto como prática social muito difundida no meio masculino e compreendido como natural nos momentos de lazer, além dos relatos que apontam a associação com questões relacionadas ao contexto do trabalho.

É, pois, tomado como parte integrante de hábitos e costumes culturais, que pressionam os homens ao consumo da substância como exigência de certos modos de se comportar socialmente. Dessa maneira, o ato de beber não é alvo de questionamento, e os discursos que revelam a aceitação, ilustrados por expressões como:

Sempre tomava uma coquinha com a bebida, mas sempre normal, né, passeava tudo [...] eu nunca vi ele de fogo [...]. Eu pensei não, muito educado. Eu falei não, ele é um cidadão, né [...] só é que quando nós se namorava era uma coisa. Você sabe que quando namora é uma coisa, é um adeus e um Deus [riso]. [M2]. (Rita)

Ele apanhava laranja, né, ele chegava bêbado: ó, bem, laranja. Ai, obrigada. Um monte de laranja, bêbado, bêbado, bêbado. [...] Ai, eu ia com ele no mercado fazer compra, ai, e ele bêbado. Ai, bêbado. Ai. Ai, o que que nós ia pegar? [...] Pegava três garrafa de tatuzinho. [...] já viu pinga de tatuzinho? [...] todo bêbado no mercado. E era bêbado. Bem, você casou com um homem bêbado. Ai, que bom. Falei: você quer pinga? [M1]. (Carolina)

Nesses dois trechos podemos dizer que as mulheres estabelecem relação de determinação entre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas com as atividades cotidianas como parte dos costumes. Na primeira fala se delata a naturalidade com que é aceito o consumo de álcool. Refere ainda à mudança após o namoro, esperada e sabida, na sua concepção, da transformação da sua relação com o companheiro a partir do casamento. O segundo relato evidencia que o consumo da substância após o trabalho esteve presente e não se manifestava como necessariamente um problema, mesmo causando certos contratempos na realização de atividades corriqueiras como ir ao mercado.

Nas duas falas seguintes, outros elementos são inseridos e referem-se à presença do grupo de amigos como influente no ato de consumir a substância:

Ah, ele trabalhava na roça de motorista e juntava com as colegaiada e aí... final de semana, jogo de bola, e be... Be... Be... Bebida. [...] eu saía de manhã pra trabalhar ele ficava bebendo em casa. Eu acabava de sair ele virava pro bar, bem. Ali juntava com a turminha dele, com a turminha dele, então era muito machista, não trabalhava, ficava no bar tomando, ia pescar, mas com essa turminha, com a turminha dele que bebia junto [...] Mas tem partes que ele é muito ingnorante. É assim machista [...] Ele não sabe que isso já não existe mais. (Iolanda)

Mas só que é aquele problema, o marido depois de um tempo ele casa, e divide a gente com os amigos, e com os amigos, geralmente, amigos entre aspas, né, a companhia é pra beber, né? Não é pra outra coisa. E foi aí que ele começou... Se tornou um alcoolista. (Bárbara)

Podemos dizer que há a naturalização do consumo do álcool para a população masculina. Entretanto, que ao deixar de ser recreacional passando à dependência, até mesmo pela sua ampla aceitação, pode ser mascarada por longos períodos, entendida como um

problema de saúde apenas quando seu consumo já está bastante elevado e outros problemas decorrentes de seu uso começam a se manifestar.

De fato, o consumo inicial de bebidas alcoólicas parece ser recreacional. Entretanto, nos relatos de Iolanda e Carolina, há indícios de que o aumento deste consumo possa estar relacionado ao trabalho.

Iolanda levanta um aspecto interessante referente ao machismo, e segundo seu discurso, a cultura machista legitima papéis esperados socialmente para homens e mulheres. Esta perspectiva contribui para a perpetuação de atitudes cultivadas numa cultura em que os valores machistas se mostram profundamente arraigados (MINAYO et al., 1999).

Embora a palavra machista esteja vinculada à relação de dominação e opressão desempenhada pelos homens sobre as mulheres, também traz a noção do que é representativo do mundo dos homens e das mulheres. Nesse sentido, não é de se estranhar a fala de Carolina quanto ao alcoolismo do marido, que quando refere ele mesmo como bêbado, responde: “ai, que bom”.

E era bêbado. Bem, você casou com um homem bêbado. Ai, que bom. Falei: você quer pinga? [M1]. (Carolina)

Torna-se relevante, todavia, compreender a dinâmica pela qual se constroem as relações entre homens e mulheres, marcada por uma cultura que é machista e patriarcal. Gomes (2006) chama a atenção para a necessidade de se rever o mito de que a mulher é o único ser prejudicado pela cultura machista. A narração de Iolanda ilustra o quanto era difícil para seu parceiro lidar com o trabalho fora de casa da companheira. Tanto esta relação se mostra verdadeira que Iolanda coloca ser este o principal motivo para o alcoolismo do marido que, possivelmente não encontrando outra maneira de reagir a este fato, utiliza-se do álcool e este assume, nesse momento, papel de anestésico frente às pressões sociais. O mesmo ocorre com o companheiro de Bárbara que refere que, com o tempo, as dificuldades financeiras se intensificam.

Assim, passava dificuldade financeira e eu acredito que talvez por isso, sabe. Isso daí era um dos motivos que ajudasse ele a... A beber, ou a não se controlar. Por que... Só que depois de um tempo não, depois de um tempo não era mais isso, ele já tava mesmo viciado. Se ele bebesse um golinho de cerveja, dali por diante eu sabia que a tendência era ele voltar a beber pinga noite e dia. (Bárbara)

É necessário se fazer, todavia, a diferenciação entre beber em excesso e a dependência estar instalada. Vemos que o consumo da bebida alcoólica já estava presente no cotidiano masculino, mas é com o aparecimento de alguma situação ou contexto em que se apresentam dificuldades e/ou pressões sociais e/ou agravamento das condições que se colocam na vida dos

indivíduos, que o beber passa a ser mais frequente, até ser identificado como excessivo. E é decorrente desse uso excessivo e prolongado que, gradativamente a dependência pode se instalar.

Assim, o beber excessivamente é concebido pelas mulheres como desencadeado por situações de dificuldades ou conflituosas da vida dos sujeitos. Se o uso do álcool está voltado inicialmente à obtenção da alteração da consciência em momentos de lazer ou como estratégia de distanciamento de dificuldades que o afligem, com o tempo pode ocorrer que vá se constituindo a dependência da substância.

Mesmo as pessoas concebendo o fenômeno na esfera científica que majoritariamente associam-nas no campo explicativo à ideia biologicista, as falas apresentadas mostram que as pressões sociais (dificuldades concretas da vida dos sujeitos) estariam influenciando na forma como o adoecimento foi se apresentando a estas famílias.

Por isso também que eu acredito que seja isso [dificuldade financeira], porque quando a minha mãe era viva, a minha mãe ajudava muito a gente, sabe. De todas as maneiras. Depois que minha mãe faleceu, acabou [...]. (Bárbara)

Mas meu marido ele sofreu muito na infância. (Bárbara)

E eu acho que talvez até por causa que eu tive muitos filhos eu não tive muito tempo pra dar atenção pra ele, sabe. E hoje eu tenho, entendeu. Então que quando nos casamos quando eu casei eu já tinha um filho, né. Então o tempo que eu tinha de... Pra me dedicar pra ele foi diminuindo, né. [hoje] não tem que trocar fralda, dar mamadeira, por pra dormir. [...] E depois eu pensava só nos filhos, né, as crianças precisavam mais da minha atenção, do meu cuidado. Não sei se até por causa disso, não sei, sei lá também bebia, sabe? (Bárbara)

[...] ele não aceitava que eu trabalhasse fora na casa de família. [...] ele não aceitava de jeito nenhum. Não gostava. Ah, sei lá, acho que um pouco era ciúme mesmo, que o pessoal me tratava muito bem mesmo, né, sabia da minha situação. Um pouco era por ciúmes mesmo, viu. O meu marido bebia muito nessa época, que eu trabalhava fora, ele não aceitava eu trabalhar fora. Era sempre essa questão do meu trabalho. [...] não aceitava! [...] ele queira que eu sáísse do meu serviço de tudo quanto é jeito. (Iolanda)

Na retórica das entrevistadas, notamos que diversos são os agentes indicados como determinantes do alcoolismo. Na tentativa de encontrar explicações para o fenômeno, surgem hipóteses sobre problemas decorrentes na infância, padrões de comportamentos machistas associados à dificuldade em aceitar o trabalho da mulher fora de casa, falta de carinho e/ou cuidados por parte da companheira e dificuldades socioeconômicas. Notamos, desse modo, a complexidade do fenômeno, que não pode ser reduzida a explicações unicasais, visto que as condições de vida dos sujeitos e padrões socioculturais exigentes se mostram como importantes na determinação do processo saúde-doença.

Os significados sociais atribuídos ao fenômeno nos ajudam a compreender, posteriormente, as formas buscadas pelas famílias para lidar com o adoecimento e as motivações para adoção de determinadas posturas, pois, ao entender o fenômeno de um modo ou de outro, estas estarão influenciando de maneira indissociada as formas com que as práticas, ou seja, as ações voltadas para resolver a problemática serão norteadas.

Quando se compreende que um indivíduo está doente, procura-se, em geral, que este obtenha cuidados específicos em saúde, ao passo que se o problema é concebido como da alçada espiritual, a busca se dará no âmbito da religiosidade e, sendo o caráter percebido como o fator desencadeante do problema, na concepção da natureza maligna, reserva-se a este a punição. Diante do modo como esta questão pode ser compreendida, pouco ou muito pouco poderia ser feito para reverter o quadro, podendo-se erroneamente cair na armadilha de associações levianas e superficiais, mas frequentemente sobrevindas, entre alcoolismo e atos infracionais, deslocando-se o problema para a área do direito e da justiça exclusivamente.

A concepção do alcoolismo como parte de um processo de adoecimento mostra, por sua vez, diferenças quanto às concepções embasadas no caráter e/ou índole, uma vez que o sujeito do adoecimento apresenta necessidade de cuidados em saúde e deveria, portanto, ser compreendido nas suas necessidades de cuidado para resolução do seu problema.

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.309).

O relato de Bárbara expressa a compreensão de quanto o alcoolismo do marido estava apartado de sua autonomia diante do adoecimento

Só que era assim, o meu maior problema, não sei se eu posso culpar alguém, mas acho que não existe culpado nessa história. (Bárbara)

Ou seja, compreende que com alcoolismo não estava presente a vontade de escolha do companheiro. Consumir bebidas alcoólicas estava fora do domínio, do controle do parceiro.

Eu pensava assim: se ele tem vontade de beber, ele bebe não é mais por pouca vergonha. Ele bebe porque ele tá doente. Que ele falava pra mim assim: eu quero parar, mas eu não consigo. Eu tento, mas eu não consigo. Que ele falava assim: bem se eu beber um dedinho de... de...de cerveja, eu sei, e era mesmo, era fatal. Ele bebia um dedo de cerveja que ele bebesse, se vocês desse pra ele experimentar era... Era.... Eu sabia que era questão de tempo pra ele tá bebendo um litro inteiro de pinga, né. (Bárbara)

B) O alcoolismo e suas consequências

Os conteúdos referentes ao alcoolismo e suas consequências estabelecem uma relação em que a presença do alcoolismo implica, dentre outros, no não ajuste para o trabalho, destacado nos discursos das participantes da pesquisa que concebem:

B.1. O alcoolismo como impeditivo ao trabalho

Sem beber ele num tinha nada não, mas bebia... Todo fim de semana tava bêbado. No começo trabalhava, mas depois chegou uma hora que não tinha mais vontade pra trabalhar [...] ele só bebia, ele só bebia, bebia a semana inteira, não trabalhava. O negócio era só beber. [M1] (Rita)

É que de todas as vezes que ele bebia, e que eu falei assim, olha, não tem condições. Vai embora porque se for pra mim passar fome com você eu passo sozinha. Ou você trabalha ou você vai embora. Porque você começa beber, você para de trabalhar. [...] E eu assim, no período que ele não trabalhava, que ele não bebia, era muito trabalhadero, muito trabalhador. Mas quando ele começava a beber ele simplesmente parava, sabe. Porque ele não queria fazer nada, só queria beber noite e dia. Então era nesse período que eu não aguentava, que eu brigava, falava pra ele ir embora e ele ia mesmo. (Bárbara)

[...] porque ele bebia, eu tinha que trabalhar. Ele quase não trabalhava! Então eu tinha que trabalhar. Ele trabalhava muito pouco. [...] E tinha períodos que ele não trabalhava, então não tinha como, bem. [...] A bebida [...] Bebia muito, passava mal, aí ele ficava uma semana sem beber, tinha abstinência, tudo, aí ele não trabalhava. (Iolanda)

Como vimos anteriormente, na concepção destas mulheres, o alcoolismo é explicado a partir da inserção a um grupo em que o beber está colocado como parte dos seus hábitos e costumes, mascarando a relação entre a atividade e o consumo de álcool e outras drogas.

Estudos têm contribuído para a compreensão do adoecimento psíquico relacionada ao trabalho, referindo constante associação entre o uso de bebidas e outras drogas e categorias profissionais (VILLARINHO et al., 2002; LIMA, 2003; SANTANA ; OLIVEIRA, 2004; ROSSAS et al., 2005/2007; NASCIMENTO et al., 2007; SILVA, 2008). As pesquisas apontaram, além do salário, as condições de trabalho e o estresse gerado na atividade como fatores de risco para o desenvolvimento do alcoolismo (FONSECA, 2007; NASCIMENTO et al., 2007).

As longas jornadas de trabalho, execução de tarefas muito estressantes e o isolamento social são igualmente fatores que demonstram relação com um maior uso de substâncias psicoativas. (ROSSAS et al., 2005/2007). Acreditamos que a associação entre substâncias psicoativas e trabalho se dá em determinadas categorias de trabalhadores quando estes se

utilizam de algumas substâncias para poder suportar a carga pesada que o trabalho pode representar.

Concretamente, a saúde mental tem estrita vinculação com o trabalho. O elemento adoecedor, portanto, perpassa o nível das relações de trabalho e sua organização. Nas relações cotidianas este fenômeno tende a ser naturalizado ao não serem considerados os vínculos que estabelecem e os grupos com os quais convive.

Como demonstram os artigos citados até então, o adoecimento mental está relacionado com uma série de questões sociais, entre elas, a fraca inserção no mercado de trabalho. Fonseca et al. (2008) consideram que a baixa escolaridade geralmente é pano de fundo de profissionais menos qualificados se desdobrando em outras dificuldades e relaciona com piores chances de inserção no mercado produtivo.

Assim, a baixa escolaridade pode ser compreendida tanto como origem quanto consequência de outros problemas sociais, revelando-se como problema circular e estabelece íntima relação com as condições gerais de saúde e também de saúde mental.

Estamos convencidos de que as populações em situação de vulnerabilidade ou vítimas de forte pressão social estão mais sujeitas ao sofrimento psíquico ou difuso e aos decorrentes transtornos mentais, e porque não dizer da dependência química.

Não estamos afirmando que os indivíduos nestas condições estão fadados a se transformarem em vítimas invariavelmente de uma sina imutável e nem de uma realidade estática. Primeiro porque acreditamos que o modo como a sociedade está organizada pode ser transformada e, segundo, porque sabemos que o investimento em políticas que garantam suporte social como moradia, saúde, educação, cultura, transporte e lazer, dentre outros pode se configurar como fator de proteção a esta condição. Do mesmo modo, ao não se garantir modos equânimes de sobrevivência, estamos permitindo que muitas pessoas adoçam.

Parece haver uma relação circular em que os homens encontram-se, em geral, em atividades braçais e de grande exigência física. Para suportar a tarefa, comumente os trabalhadores utilizam-se, como mencionado anteriormente, de substâncias psicotrópicas. Em razão da dependência do álcool que se instala posteriormente e às complicações clínicas decorrentes do adoecimento, os homens vão perdendo a capacidade para o trabalho, o que faz com que o trabalho passe a ser uma atividade esporádica e, de igual forma, a instabilidade do trabalhador por perdas de dias de trabalho vai se intensificando.

Por esse motivo, as narrativas revelam que os trabalhos encontrados muitas vezes estão relacionados ao tipo de atividade que pode ser realizado por períodos curtos ou que se ganha por dias trabalhados. Os parceiros das mulheres entrevistadas parecem permanecer nas

atividades braçais, com trabalhos pesados com ocupações de pedreiros, cortadores de cana, etc., configurados como “bicos”:

[...] meu marido trabalhava de pedreiro, passava... É... A gente tinha é... Assim, passava dificuldade financeira [...] Porque ele bebia demais, a primeira coisa que ele fazia... É duro, a pessoa, ó, vou falar, o pedreiro, não fala pra mim eu sou pedreiro, eu trabalho de pedreiro porque eu não acredito, sabe. Porque 80% dos pedreiros não é pedreiro, sabe. Pra eles é um bico, porque meu marido era assim. Ele tava sóbrio, ele arrumava serviço, ele pegava, sabe, muito trabalhador. Ele pegava com fé e coragem se precisasse trabalhar das sete da manhã às sete da noite ele trabalhava, sabe. Mas se ele comesse a beber, aí ele ia diminuindo o ritmo. Muitas vezes eu tava saindo pra trabalhar com ele, ele olhava pro céu: ai, hoje vai chover, eu não vou trabalhar. Eu saía pra trabalhar mas eu sabia que ele ia ficar em casa bebendo, sabe. E bebia mesmo. E daí começava faltar dinheiro, e começava faltar as coisa, e daí eu mandava embora. (Bárbara)

Ele bebia, eu tinha que trabalhar. Ele quase não trabalhava! Então eu tinha que trabalhar. Ele trabalhava muito pouco. [...] tinha períodos que ele não trabalhava, então não tinha como, bem. [...] Bebia muito, passava mal, aí ele ficava uma semana sem beber, tinha abstinência, tudo, aí ele não trabalhava. [...] ele trabalhava na área... Ele trabalhava na roça mesmo. (Iolanda)

Ah, ele chegava da roça, ele ia para o bar e chegava bêbado. Trabalhava na laranja. (Carolina)

Dessa forma, quando o indivíduo se sente bem disposto, trabalha, e quando não se sente bem para trabalhar, não corre o risco de perder a vaga. Contudo, quando não apresentam condições de saúde necessárias para a atividade, também não dispõem de seguridade trabalhista. Os trabalhadores manuais possuem menores reservas para a sobrevivência em caso de desemprego, assim como possibilidades mais limitadas de conseguir empregos satisfatórios. (FONSECA et al., 2008). Uma vez que se encontram no mercado informal, não possuem seguro desemprego, não gozam de férias nem são assistidos pela Previdência Social por afastamento por motivo de doença caso se encontrem adoecidos ao não possuírem qualquer vínculo empregatício.

Nas últimas décadas observa-se o aumento do número de trabalhadores sem proteção social tendo se expressado ainda pela existência de “empregos precários, organização de falsas cooperativas, admissão em falsos estágios, exercício de atividades como falsos autônomos ou em situação de falsas terceirizações”. (BRAGA et al., 2010, p. 1586).

O companheiro de Iolanda precisa trabalhar porque ganha por dia trabalhado. Dependente químico, apresenta-se alcoolizado ao trabalho

[...] E nesse período, esse meu marido bebendo levou sabe aquelas escadinhas de armar? [...] Ele pesado, ele foi subir na escadinha e a escadinha quebrou. Ele caiu e quebrou os dois braços. Conclusão: eu trabalhava a noite, tava com o [nome do filho] no hospital com meningite,

ele não tava trabalhando, né, que logicamente ele parou de trabalhar, eu precisava ajudar ele a tomar banho, quando não era eu era as crianças que ajudava ela a tomar banho, fazia a barba, limpava a bunda, pra falar bem claro. Quer dizer, eu nem dormia. E ainda por cima quando ele saía de casa, ele ia pro boteco, o homem punha pinga na boca dele, o dono do boteco. Ele saía de casa sóbrio e voltava bêbado. Mas eu ia fazer o que com ele? Jogar na rua com os dois braços quebrados? Olha, foi uma fase que eu vou falar, difícil. (Bárbara)

O acidente de trabalho sofrido revela mais uma nuance do problema. Assim, as falas revelam que os parceiros estão, na maior parte dos casos, envolvidos na ocupação de pedreiro ou trabalhador rural, funções que facilitam o absenteísmo. Entretanto, nota-se que paulatinamente a diminuição nos dias trabalhados ocorre até que cessa totalmente, momento em que as mulheres, embora já inseridas no mercado de trabalho, lançam-se agora como únicas responsáveis pelo provimento financeiro da família, impulsionadas pelo agravamento das condições materiais:

Era sofrido sair de manhã cedo com frio, com chuva, levar meus filhos até a casa da minha sogra e depois ir trabalhar. Mas nessa época o meu marido era alcoólatra. Era muito sofrido mas eu tinha que trabalhar, porque eu era pai e mãe dentro de casa [...] Eu era pai e mãe dentro de casa, então eu tinha que me virar, eu tinha que trabalhar tomar conta da minha casa e dos meus filhos. (Iolanda)

[...] é muito triste pra um pai, pra uma mãe. Pra mim era muito difícil ver meus filhos não ter o que comer às vezes, não ter roupa, não ter calçado. Eu não me importava comigo, queria é pra eles. Então quando eu saía pra trabalhar eu pensava nisso. Porque o meu marido ele não se importava com essas coisas. [...] Ele trabalhava pra que? Pra comprar o que comer. E quando dava pra comprar o que comer né. Quando dava, porque às vezes nem isso não dava. (Bárbara)

[...] eu trabalhava na [nome da empresa], eu que pagava o aluguel de casa, ele não dava dinheiro, e eu criando os dois meninos de menor, e aquela luta, aquela luta e aí venci, né. [...] Quando ele trabalhava, com dinheiro, ele saía, às vezes não chegava, zuava, perdia tudo, gastava tudo o dinheiro, e a gente passando necessidade. As meninas, ó, eu cheguei fazer roupinha de saco pras minhas filhas vestir. De saco de açúcar. [...] clareava o saco, tingia e fazia roupinha na mão. Na mão pra minhas filhas vestir. Essas duas mais velhas vestia de saco. [M1] (Rita)

Com a sua inserção no mercado de trabalho, as mulheres se deparam com a dupla (ou seria tripla) jornada.

Assim como os companheiros, as mulheres deste estudo também não possuem leque amplo de opções ocupacionais, pois a escolaridade como barreira social as empurra para os serviços domésticos ou de baixa remuneração. Mesmo trabalhando em atividades que extrapolam o ambiente do lar, há pouca mudança quanto aos papéis concebidos socialmente como característicos de homem ou de mulher. Elas permanecem nos trabalhos domésticos, de limpeza e de cuidados (crianças, idosos, acamados).

Eu trabalhava fora, bem do céu, ele ficava em casa né. Eu ia fazer o que? Eu tinha que trabalhar e ele ficava em casa. Aí ele ficava nos bares. [...] ele não aceitava eu trabalhar fora [...] Mas também não trabalhava. Era uma coisa... Ia fazer o que? Tinha que trabalhar[...] ele não trabalhava, né, bem. Então eu tinha que ser pai e mãe, trabalhar, tomar conta de tudo, tudo, tudo. (Iolanda)

Ele parou de trabalhar, não queria saber. Ele implicou porque ele queria me arrastar com os meninos e eu não quis ir mais, que eu já tinha um emprego, né. (Rita)

Após enfrentar um dia de trabalho, o retorno após o expediente não reserva o descanso, mas uma infinidade de tarefas do lar, além do papel de mãe no cuidado com os filhos, funções geralmente delegadas à mulher, e o papel de esposa. No caso das participantes deste estudo, há ainda outro agravante, já que além de suportarem as agressões e outros comportamentos do parceiro alcoolizado, igualmente são responsabilizadas pelos cuidados com a saúde destes, que veremos posteriormente.

A capacidade para o trabalho se relaciona também com os papéis construídos sobre a figura do homem, como pai e provedor. Ao não atingir tais expectativas sociais o indivíduo sofre com o suposto fracasso.

[...] ele não quer que eu trabalho. Ele quer que eu fico 24 horas com ele sentado lá. (Carolina)

[...] ele não aceitava que eu trabalhasse fora na casa de família. [...] não aceitava! Por quê? Porque eu tinha que ficar em casa, né. (Iolanda)

Historicamente, o lar e os espaços privados têm sido reservados às mulheres, e a rua e a vida pública aos nascidos do sexo masculino.

O trabalho encerra um território ambivalente, uma vez que tanto pode dar origem a processos de sofrimento psíquico, como pode constituir-se em elemento possibilitador de realização pessoal e promotor de saúde e instrumento de emancipação (DEJOURS, 1999).

De acordo com Dejours, para que o trabalho seja fonte de saúde, há a necessidade do reconhecimento daquele que trabalha. Em outras palavras, podemos dizer que o reconhecimento é condição indispensável no processo de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, desempenhando um papel fundamental na possibilidade se constituir em fonte de prazer.

No relato abaixo podemos perceber que existe uma carga de sofrimento psíquico produto da pretensão de voltar a trabalhar e a sua impossibilidade resultante do adoecimento. Tal impossibilidade é referida à dificuldade de realizar certas atividades pela sensação de incapacidade física como dores e dificuldades motoras.

Ele tá numa depressão profunda [...] O meu marido. Ele quer... Ele quer carpir, ele quer varrer a... Coisa. Ele foi varrer o quintal, ele não aguentou

subir. E gritava: hã, hã, hã. Aí peguei ele, aquela perna travada, e ele não pode ficar fazendo muito repouso, ele não vai aguentar tanto repouso. Ele não aguenta. (Carolina)

Tais dificuldades estão presentes não somente no âmbito laboral, mas muitos se reconhecem incapazes de realizar qualquer tipo de atividades, desde as domésticas até cuidados com a própria higiene e locomoção.

Noite e dia bebendo. Noite e dia bebendo. Não tomava banho, não se barbeava. [...] era assim, ele ficava bêbado, ele ficava barbudo, ele não tomava banho, sabe. Ele... Se você olhasse na rua era um andante, um indigente. (Bárbara)

O desenvolvimento do capitalismo transformou o corpo humano em um instrumento de produção. Adoecer nesse contexto significa deixar de produzir, o que pode incorrer em vergonha da inatividade, que deve ser, dessa maneira, ocultada do mundo social (PITTA, 1999). Assim, os trabalhadores que não possuem elementos para fazer uma reflexão crítica sobre a gênese dessas incoerências, continuam a reproduzir essa ideologia do sistema produtivo.

O ponto que deve ser destacado é, neste contexto, que o indivíduo permanece tão somente na tentativa de garantir as condições mínimas que possibilitam a manutenção da sua vida. “De fato, o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva, aparece agora como o único meio de satisfação de uma necessidade, a de manter a existência física” (MARX, 1844/1993, p. 95). Isso agrava ainda mais a cobrança para o trabalho, e ao passo que trabalhar se impõe como uma necessidade para a manutenção da existência, porque concretamente, apesar de só vivermos com dinheiro e de ser esta uma necessidade para todos, o emprego, neste contexto, configura-se como meio para satisfazer as necessidades básicas como moradia, alimentação, etc. A condição de não trabalho se impõe aos sujeitos como um fator a mais de sofrimento diante da lógica do “basta querer”, o que faz com que a autorresponsabilização permaneça.

Nas relações cotidianas, a culpabilização tende a ser naturalizada, não estabelecendo correlações com a precariedade das condições de vida e o não atendimento das necessidades individuais. Nisto, temos o deslocamento do problema aos indivíduos que não se adaptam, descartadas as críticas às condições de trabalho e às estruturas da divisão social do trabalho.

A histórica colaboração da Psicologia Clássica em culpabilizar o indivíduo por problemas construídos socialmente, delega qualquer tipo de dificuldade que possa comprometer sua produtividade ao próprio sujeito que, por causa de seus “déficits”, não conseguiria se adequar ao sistema equilibrado. Assim, desde a origem dos cursos de Psicologia no Brasil, ou seja, durante a ditadura militar, a proposta de intervenção foi de

adaptar esses indivíduos problemáticos e os normatizar para que a sociedade caminhasse sem maiores constrangimentos. Reinava, portanto – se é que podemos construir este pensamento no pretérito – “a ideologia de adaptação do indivíduo à sociedade” (CHECCHIA; SOUZA, 2003).

O problema se transforma em um ciclo perverso. Se por um lado há um aumento da procura pelo álcool e outras drogas na busca pela supressão do sofrimento, por outro o aparecimento do alcoolismo acarreta na diminuição da capacidade de trabalho e até mesmo na perda do emprego, implicando em sentimentos de vergonha pela demissão e pela incerteza de conquista de um novo emprego.

Perante as sensações de desprazer para os quais o indivíduo parece não possuir condições de resolver, intensifica-se a procura por aliviar o sofrimento com o uso daquela substância que assume um papel de barreira ao permitir não pensar ou sofrer – ao menos no momento de embriaguez – com a realidade imposta. Diante dos impactos de nossa sociedade na vida dos sujeitos, como as exigências e demandas do acelerado ritmo de vida e trabalho o álcool serviria como um anestésico ao aliviar o sofrimento e ainda atuaria como uma das únicas fontes de prazer encontradas pelos operários nessa condição.

As influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas. Sato (1995) afirma que a relação entre saúde mental e trabalho está na organização deste, na qual relaciona a falta de controle do trabalhador e a presença de adoecimento mental e doenças denominadas comumente de psicossomáticas.

Vale lembrar que um dos critérios prioritários em saúde mental é a capacidade para o trabalho. Desse modo, o sujeito alcoolista não representaria os interesses do modo de produção capitalista, pois, além de sua crescente dificuldade em se manter no trabalho com assiduidade em razão do consumo excessivo de álcool, soma-se as consequências comportamentais indesejáveis à ordem social.

É a partir daí que os problemas se agravam, uma vez que é a aptidão para o trabalho que delimita o sujeito da normalidade. Quando sua capacidade para o trabalho parece fracassar, o julgamento do grupo social aponta o indivíduo que foge à normalidade e escapa à regra:

As pessoas naquela época humilhavam muito ele por causa da bebida. Assim: o que que a Iolanda ta fazendo com esse homem, gente do céu? Esse homem só bebe, faz ela sofrer. Porque que a Iolanda ta esperando? É muita humilhação que ele passou nessa época, viu. Hoje eu falo, é muita humilhação que ele passou nessa época. E... E depois disso, é... Quando uma pessoa bebe, bem, a...a...aquela pessoa não tem valor na vida. Não tem

valor, ninguém dá a mínima importância, humilha, não respeitam. Olha, aquela pessoa não tem valor pra nada. Pra nada. (Iolanda)

Ao não se fazer correlações com a precariedade das condições de vida e ao não atendimento das necessidades individuais, temos o deslocamento do problema para a ordem do individual, aos indivíduos que não se adaptam, descartadas as críticas às condições de trabalho e à necessidade de uma reorganização nas estruturas de divisão social do trabalho que possibilita o aparecimento de sofrimento psíquico e adoecimento mental.

Ainda hoje, problemas que possam prejudicar a produtividade laboral são projetados exclusivamente em âmbito individual. Portanto, desse ponto de vista, para a reversão dessa situação, o sujeito individualmente deve buscar se adequar à realidade.

Tanto o trabalho esporádico se relaciona com o alcoolismo que os relatos mostram que os parceiros ao deixarem de beber, inserem-se em outras atividades e deixam o mercado informal, passando a ter direito a garantias trabalhistas. Os relatos evidenciam também que o elemento que permite deixar de beber relaciona-se a diversas condições, que apontaremos em momento oportuno. Por ora, vemos que o alcoolismo é compreendido como o elemento fundamental para a inaptidão para o trabalho nestas famílias.

Com o início do alcoolismo dos companheiros, pouco a pouco, modificações de diversas ordens foram se apresentando à vida cotidiana das famílias. Outro núcleo de significação social emerge:

B.2. O alcoolismo como desencadeador da violência intrafamiliar.

Era uma pessoa muito boa [não alcoolizado]. Muito boa. Não tinha boca pra nada. Igual hoje. [...] Aí depois que ele parou, faz seis anos que ele parou da bebida mesmo que ele... Ele já era um pedreiro muito bom. Aí depois que ele parou, faz seis anos, aí sim que a vida dele mudou mesmo. Ele é um construtor. (Iolanda)

E vivia tão bem nunca me xingou, ele nunca me agrediu, ele me agrediu depois que ele ficou doente. Ele não me agredia. [...] não tinha tanta briga. Ta tendo briga agora que ele ta doente. E foi uma vida e uma vida gostosa, antes dele ficar doente. Era aquela vida gostosa. Mas só que a doença pegou nós. E eu não sabia que eu ia ter esses problemas. Eu falei: ai, eu não vou ter problema não. Ele tava bem de saúde, tava bom. Ah, nós vamos ter muita saúde ainda, né. Eu pensei, mas eu não lembrei na doença. Quem ia lembrar da doença? Eu não lembrei não, lembrei de muita coisa gostosa [risos]. (Carolina)

Os relatos indicam a centralidade do alcoolismo na dinâmica da família e como veremos, há diferenças significativas entre a maneira como se organiza a rotina da unidade

familiar antes do alcoolismo, durante a sua existência e outra quando os parceiros deixam de beber.

Os relatos revelam que anteriormente ao adoecimento havia uma forma de ser no mundo dos parceiros, transformada em outra, de acordo com as informantes, após o desenvolvimento do alcoolismo. Há uma modificação significativa na vida das famílias no que se refere ao aspecto relacional e afetivo, ou seja, na percepção das mulheres, há a dissociação entre o marido antes do alcoolismo versus o marido alcoolista.

[...] você não é o meu marido, o meu marido é aquele com quem eu me casei. [...] Depois que ele começou a beber... É que as coisas mudaram. (Bárbara)

É Quando bebia. Sem beber ele num tinha nada não, mas bebia... Todo fim de semana tava bêbado. [...] era só brigando. Era só briga, briga, briga, briga, briga. [M1]. (Rita)

[...] foi assim uma vida muito boa no começo [do casamento], bem. Mas depois ele começou a be... beber, beber. Aí foi só se acabando, se acabando, se acabando. (Iolanda)

Mas só ficou assim agressivo depois que ficou doente. Se ele fosse que nem era antes, né. Nossa, que maravilha que não ia ser dentro de casa! (Carolina)

As mulheres relatam, como apontado anteriormente, a visão dicotomizada entre o marido antes e durante o alcoolismo, na polarização entre o marido bom e o marido agressivo. Assinalam que, com o adoecimento dos maridos, passa a fazer parte do cotidiano das mulheres também a violência intrafamiliar.

A violência intrafamiliar é percebida pelas mulheres como desencadeada a partir do alcoolismo dos parceiros, manifesta pelas suas mais diferentes formas, explicitadas nos relatos:

Aí bebia muito, viu. Bebia muito. E... Bebia. Quebrava a minha casa inteira. Nossa Senhora! Ô sofrimento que eu passei, viu, menina. Ô sofrimento que eu passei. [...] Quebrava a casa inteira [...] Quando ele tava muito atacado, o dia que ele bebia mais ainda. Aí ele quebrava a minha casa [...]. (Iolanda)

[...] ele me agrediu [...] quando ele quebrou tudo. Duas vez, que ele quebrou lá, as coisas. [...] Foi por causa da casa [...] Essas duas coisa que teve que chamar a polícia, ele queria vender a casa pra ir embora. [...] ele queria tudo o dinheiro dele. Ele não ia me dar metade. Ele queria pra ele [...] que eu não mereço a metade, mas eu falei: ah, vender a casa, meu Deus do céu. Pensou? Vender a casa? E ele falou assim que queria vender a casa pra ir embora, mas o dinheiro era tudo dele. Eu assinava lá, dava o dinheiro pra ele, tudo na mão dele. [...] Quando eu falei que não ia assinar foi a polícia. Que ele quebrou tudo as coisas lá por causa da casa [...] As das vezes que aconteceu isso daí dele querer vender a casa, o dinheiro, queria vender a casa, assinar, vender pra poder ir embora, né. [...] foi no domingo, eu lembro que ele quebrou o rack, tudo, foi no domingo, e na outra sexta feira que ele queria o dinheiro pra poder ir embora daqui. (Carolina)

A origem dos atos violentos, segundo os relatos, se dá concomitantemente ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Além da contiguidade entre os eventos, os relatos revelam que as mulheres estabelecem entre eles relação causal.

Iolanda e Carolina apontam que uma das formas de violência ocorrida dentro de casa é a *destruição de seus pertences*. Carolina explica que os episódios foram motivados pelo fato de o parceiro desejar vender a casa, tendo ocorrido, segundo ela, em duas ocasiões. O relato de Iolanda, entretanto, indica que os episódios eram frequentes e sem motivo aparentemente. Contudo, revela durante a entrevista que havia um único motivo para o alcoolismo do marido e os consequentes desentendimentos: *o trabalho fora de casa*. Como ela permanecera trabalhando por anos, podemos inferir que o comportamento de destruição dos objetos da casa tenha ocorrido muitas vezes. Além do estrago dos pertences, outras formas de violência estão presentes.

Não deixava ninguém dormir, dormir a noite, e eu tinha que sair de manhã cedo e le... Levantava pra trabalhar morta de sono mas eu tinha que ir. Eu tinha que ir porque ele não trabalhava, tinha que pagar as contas. [...] Ele bebia durante o dia e dormia. Aí à noite a gente chegava cansada do serviço, as crianças queria dor... Dormir. Aí ele saía pra rua, batia o portão. Ele entrava e batia o portão, fechava a porta, abria a porta, não deixava a gente dormir sossegado, abria a porta do quarto, ali ele sentava não falava coisa com coisa. Aquilo ia entrando na minha cabeça, entrando na minha cabeça, meu Deus do céu, como é que eu vou fazer no outro dia tem que trabalhar de manhã cedo! Olha, foi difícil, viu. Foi difícil. (Iolanda)

Iolanda relata ainda que o marido constantemente impedia que a família pudesse dormir graças ao barulho de bater de portas e gritos, caracterizando para ela num tipo de tortura psicológica, em que, estando necessitada de descanso após sua jornada de trabalho, não o podia fazer, e pensava no outro dia que teria de enfrentar o trabalho. Isso ocorria repetidas vezes, por longo período.

Sabemos que a *privação do sono* é uma das formas de violência mais devastadoras, usada por torturadores pela sua alta eficácia em desestabilizar o indivíduo. Além do mais, o fato do parceiro não trabalhar e ela ter de arcar com as responsabilidades da casa sem ter seu apoio também são compreendidas como uma forma de agressão:

As crianças quem tomava conta era a mãe dele. Aí ele ficava nos bares, não tinha como eu ficar em casa. Eu ia fazer o que? [...]ele não trabalhava, né, bem. (Iolanda)

É que de todas as vezes que ele bebia, e que eu falei assim, olha, não tem condições. Vai embora porque se for pra mim passar fome com você eu passo sozinha. [...] Eu saía pra trabalhar mas eu sabia que ele ia ficar em casa bebendo, sabe. E bebia mesmo. E daí começava faltar dinheiro, e começava faltar as coisa, e daí eu mandava embora. (Bárbara)

Coloca-se como imperativo às mulheres o trabalho fora de casa. Ressentem-se de não poder contar com os companheiros nas responsabilidades pela família e se veem impelidas a, além de cuidar dos filhos e da casa, ter de dar conta dos demais encargos domésticos. Outro ponto destacado refere-se à forma com que os parceiros se relacionam com elas e com as outras pessoas do convívio social:

Na bebida o que vinha na boca dele ele falava, xingava qualquer um, parente, vizinho, imagine. Ele falava mesmo. [...] erguer a voz, falar os palavrão que bêbado fala. (Iolanda)

Cheguei em casa e ele bem... bem bêbado, nossa! E aí já e começou xingar. Xingar, xingar. [...] e foi falando palavrão. Cada uma mais feio do que a outra. E eu ali. [M1]. (Rita)

[...] graças a Deus não existia a agressão, mas, né, física, né. Mas existia a agressão verbal, né. (Bárbara)

A *agressão verbal* foi uma das formas de expressão da violência muito referida pelas entrevistadas. Iolanda e Rita parecem conceber tal fato como natural. Diante de tantas formas de opressão, esta pode ser concebida como leve e até mesmo esperada para o comportamento do alcoolista quando relata: “erguer a voz, falar os palavrão que bêbado fala”. Isso não quer dizer que não se incomodem por estas estarem presentes na relação. Do contrário, mostram o quão estiveram permanentes no trato familiar.

Bárbara, em seu relato, admite que a agressão verbal caracteriza-se como uma forma de violência. Nega, inicialmente, a sua presença, quando diz que não existia agressão, mas no momento seguinte refere a agressão verbal. Sua fala mostra preocupação em diferenciar os tipos de agressões sofridas. Tal distinção pode ser a tentativa de desfazer a relação linear corriqueiramente imbuída ao estereótipo de que “mulher de bêbado é aquela que apanha”.

Não podemos negar que estas mulheres se deparam cotidianamente com o julgamento do grupo social e que o coletivo dissemina valores, crenças, juízos e formas de explicação sobre os fenômenos cotidianos. Um trecho da fala de Iolanda evidencia este ponto:

Ele passava na rua o pessoal ficava falando, ficava comentando: essa mulher trabalha e esse homem fica dentro de casa só bebendo, be... Bebendo. Eu sentia vergonha. Eu tinha vergonha [...]. (Iolanda)

Além da agressão verbal, a *violência física* permeou a relação entre as pessoas das famílias deste estudo. Ocorreu, segundo os discursos das mulheres, violência física contra elas e/ou filhos, por meio de soco, tapas e tentativa de homicídio com o uso de facas e outros objetos, como vemos:

Aí começou agredir eu, eu chamei a polícia. [...] As polícias, né. Já conhece que é nós ali. Quinze anos ali, né. [...] ele me agride, me dá soco, me dá murro [...] Ele falou que eu tenho outro homem. (Carolina)

Ele agride a adolescente [filha do casal] [...] É. Ele agrediu ela. Como que ele não pode pegar eu pra dar soco em mim ele deu soco nela. Aí ela pegou a roupa dela pra pegar pra ela ir embora. (Carolina)
Que ele operou, ele agrediu a enfermeira. [...] deu um soco aqui na moça [mostra a região da nuca]. (Carolina)

As agressões contra as filhas de Carolina e de Rita mostram que a maneira com que os homens têm assumido de se relacionar está na forma com que esta socialmente foi se produzindo. A violência física extrapola os limites do lar e manifesta-se, para além dos membros da unidade familiar, mesmo na relação com o trabalhador da saúde.

Um sentido que se apresenta quanto à compreensão da violência sofrida para Carolina se coloca na relação entre a violência e publicidade dos fatos.

Ele já agrediu eu na rua, já me agrediu, me deu soco [...] e os outros olhando [...].(Carolina)
E ele me agrediu lá na UNESP, hein. Quando ele foi operado. Ai, os médico viu, os médico da vascular. Nós tem dó da senhora. Mas, vou levando a vida. (Carolina)

As ameaças também faziam parte do escopo de ações violentas, sempre associadas à presença do consumo excessivo de álcool:

[...] foi uma vida sofrida com ele [...] toda vida que ele bebia ele ameaçava nós. Toda vida, que ele judiava das meninas, então foi uma vida muito sofrida. [M1]. (Rita)

Outra forma de violência referida foi o não permitir que esposa durma no seu quarto

Ele fecha a porta do quarto, ele não deixa dormir no quarto com ele. Eu durmo no sofá ou durmo com a minha filha. [...] E ele fecha a porta do quarto, pega a chave e dorme a noite inteira. Eu durmo na cozinha, no sofá. (Carolina)

Além disso, as mulheres relatam ainda o *cerceamento de liberdade*, pois são impedidas muitas vezes de decidir para onde ir, são impedidas de se relacionar com familiares e amigos e referem ainda serem trancadas em casa pelos parceiros, configurando caso de cárcere privado.

Ah, já faz 15 anos, que ele era ruim, que ele não queria que eu fosse na minha mãe, atender as pessoas no portão, rezar terço e ir na missa. Ele falou um dia pra mim que eu tava atrás do padre. (Carolina)
Ele não quer que eu beijo meu filho. Isso daí eu falei pra ele que ele é nosso filho. É... Eu não posso beijar outro homem na rua, falei pra ele, né, mas meu filho de trinta anos ele vai me dar bença até quando morrer. [...] Ele ficou com ciúme depois que ele ficou doente. Ele não quer que eu abraço o meu filho. [E⁴⁸] Sem-vergonhice [...] Sem-vergonhice minha. Eu falei não, sem-vergonhice se eu abraçasse outro homem, se eu abraçasse seu colega na rua você podia falar. [...] Ah, ta louco! Imagine que eu vou fazer uma coisa dessa! [...] Ah, mas ta ruim pro meu lado. [...] É um abraço, é um

⁴⁸ [E] indica intervenção do entrevistador.

abraço de mãe e filho. Ah! Que isso! [...] quero que ele saia da minha cozinha: ai, eu já vou, mãe, beijo e me abraça. Que é isso que eu to sentindo falta. (Carolina)

[...] essa semana ele me trancou. Ele trancou o portão era cinco horas. Cadeado. Ele trancou a porta. Ele apagou a luz da cozinha. Eu falei: ah, assim não dá, né, assim eu não aguento. [...] se deixar, ele quer que eu paro de ir em todo lugar. [...] Eu só vou ficar conversando um pouquinho lá no portão, eu já volto, viu. Aí fica nervoso, que eu vou lá no portão. Ele só quer eu fechada. Janela, vitrô, ele quer seis horas o cadeado no portão. Eu falei pra ele: não, o cadeado no portão não pode fechar porque vem as visitas, vem as pessoas na minha casa. Por fim não vem ninguém na minha casa. Já faz quinze anos que não vem ninguém na minha casa. (Carolina)

Ela [vizinha] convidou eu e você pra ir numa festa junina na casa dela que vai ter quentão, vai ter brincadeira, vai ter tudo. Bateu a porta. Bom, ele bateu a porta comigo fora de casa. Abre, eu vou dar janta pra você, eu vou dar comida, eu vou dar leite, eu vou dar tudo pra você. Aí eu pus o convite na mesa, me rasgou o convite. [risos]. Eu falei nossa: você rasgou o convite. Ele falou: você não vai. (Carolina)

[...] eu gosto de conversar com as pessoas, gosto de bater papo com as pessoas. Eu não sei se ele sente dor de cotovelo, porque eu não tenho o mesmo papo com ele [...] Então ali já é motivo dele falar alguma coisa. Entendeu? [...] Ele quer ser só ele. (Iolanda)

[...] a mais velha não pisa em casa que ele não aceita, não. A mais velha não chega nem no quintal. Não é muito de ruidar meus filhos não. Mas isso aí eu passei por cima, porque eu sei que elas me entende, que ele bebia, né. Elas é boa pra mim. [M2]. (Rita)

Bebia, maltratava, nossa! Foi difícil. Foi difícil. As duas meninas saiu de casa que não aguentou ficar com ele. Novinha... uma com ...uma tinha doze anos, a outra tinha, num tinha nem treze. Foram morar em Conchas, trabalhar de doméstica e... e cuidar de criança dos outros porque não aguentavam ele. [...] as meninas chegou a sair de dentro de casa novinha, novinha, novinha. Crianças, foram morar na casa dos outros e isso aí foi marcando, foi marcando, foi marcando, né. E eu sempre segurando, segurando [...] [M1]. (Rita)

Carolina salienta o cerceamento de sua liberdade imposta pelo companheiro. É impedida de sair de casa e receber visitas, frequentar eventos sociais e relacionar-se com os vizinhos, o que também é referido por Iolanda. Para Carolina, além disso, coloca que o relacionamento com o filho também é alvo de contestação. Rita, também refere rompimento com os laços afetivos familiares. Com o primeiro relacionamento, as filhas são impelidas a sair de casa ainda muito pequenas em virtude dos conflitos familiares. No segundo casamento, em razão dos conflitos entre os filhos e seu companheiro que atentou contra eles em vários eventos:

[...] ele bebia, começou a falar as coisas pro menino. [...] Eu não posso mandar meus filhos embora, [...] não dá, porque eu não posso destratar meus filhos pra ficar com você. [...] Se o menino pegava uma comida ele achava ruim, se o menino pegava um refrigerante ele achava ruim. Eu falei: não, eu não posso desfazer dos meus filhos. [...] Que ele era briguento, mesmo, também era briguento. [...] um dia que eu não tava em casa, ele bebeu umas pinga e foi brigar com o fio. [...] fez uma briga aqui com o

[nome do filho] e pegou até faca. Por nada não sai uma coisa feia aqui, que eu não tava aqui em casa. [...] Porque ele era agressivo, porque ele tinha ciúme dos filho meu. Ele achava que ele que era o dono da casa, e não era. Com todos eles [filhos]. Mesmo eu tratando bem dele começou implicar. Quando as meninas aparecia, ele já começava a falar, a falar palavrão, né, porque ele bebia, né. Ah, porque essa vagabunda, não sei o que. Quando é um belo dia ele não quis matar a fia mais velha de novo? [...] ele pegou tanta implicância da menina só porque a menina passava no corredor pra entrar na casa dela, porque era mais perto. [...] ele tinha tomado umas pinguinha, mas tava bom, viu, não tava bêbado não. Aí eu escutei ele falar pro homem assim, eu ficava sempre escutando, que eu sabia que ele era violento, né. Eu escutei ele falar pro [nome do pedreiro] assim: é, hoje eu vou ficar nesse portãozinho aqui embaixo [...] pra menina passar e ele pegar ela. [...] eu vou ficar nesse portãozinho aqui embaixo mas eu vou tacar esse ferro na cabeça dela que ela vai ver. Ferro de puxar cisco. [M2]. (Rita)

A ação contra os filhos mostra-se como tentativa de controle e dominação do local de moradia do casal. Rita, quando coloca que “*Ele achava que ele que era o dono da casa, e não era*”, revela que se assim o fosse, poderia agir dessa maneira. Mas mesmo concebendo que ela e seus filhos teriam supremacia na organização da casa, a todo momento ocorria a disputa pelo poder, no embate de forças para a dominação do território.

Como vimos, o poder masculino na hierarquia da família burguesa historicamente obteve primazia, e com o contrato de casamento, cada uma das partes se vê do ponto de vista do desenvolvimento de papéis sociais rígidos e na conformação destes. Reis lembra que “se o papel social e a ideologia mantém uma certa identidade, é na família, local privilegiado de reprodução ideológica, que se desenvolve o primeiro aprendizado de filho”. (REIS, 1994, p. 115).

Nesse sentido, os filhos deveriam desenvolver submissão aos pais, que desenvolvem papel de controle sobre os demais membros da família. Se o companheiro não conseguia manter sua autoridade de homem apenas pela presença de sua figura, o uso da força física se colocava como ferramenta útil nessa disputa.

Rita, entretanto, não refere indispor-se com o companheiro mesmo quando a vida de sua filha está sob ameaça. Ela lamenta-se, todavia, por afastar-se dos filhos e não ter obtido a contrapartida na relação conjugal.

Não. Elas [filhas] Não vão, não vão [visitá-la em sua casa] por causa dele. [...] começou a brigar com meus filhos. (Rita)
[...] eu desconfiei que ele tava atrás de mulher que foi piorando, né. Aí foi piorando, que diz que toda vida ele teve esse vício, né. [...] Vício de ficar...não tá contente com a que tem, sempre tem que ter gente pra fora. Que o... a...o [primeiro]casamento dele já foi separado por causa disso, né. [...] de dois anos pra cá eu desconfiei, eu fui atrás. Aí eu já comecei achar esses remédios que não pode beber, ele tomando, né. [...] esse tal de Viagra,

né. E aí eu fui desgostando dele. E agora a gente conversa muito pouco. [...] depois que eu descobri isso aí eu desgostei mesmo. [M2]. (Rita)

Passei por cima dos meus filhos por causa dele. [...] Mas isso aí eu passei por cima, porque eu sei que elas [filhas] me entende, que ele bebia, né. Elas é boa pra mim. Eu só fiquei triste desse negócio de coisa lá fora. Só isso. [M2]. (Rita)

Embora Rita tenha realizado os desejos do companheiro e ter se distanciado das filhas, descobre que o parceiro manteve relação amorosa extraconjugal. Apesar da violência investida contra os filhos por parte do parceiro, ressentido-se pelo fato de, mesmo tendo se indisposto com os filhos, não ter recebido do marido a contrapartida esperada, qual seja ter permanecido no relacionamento monogâmico.

Rita refere sentir tristeza por saber que mesmo tendo priorizado o relacionamento amoroso em detrimento aos filhos, não evitou que o companheiro investisse numa relação fora do casamento. Podemos notar que para Rita, a relação extraconjugal do marido caracteriza-se em violência tanto quanto uma agressão física ou de outra natureza.

[...] Não briga, mas apronta. Sai quietinho. Pega o carro, sai quietinho. Aí chega que nem aqueles cachorrinho quando bota o rabinho alí, ó, sabe... o devedor, né. É viciado nisso. Não briga não, não briga. Só que eu que fico nervosa. [...] nossa briga agora tá sendo isso aí. Então isso me entristece, né. Me entristece, me entristece. [M2]. (Rita)

Outra forma de controle exercido sobre as mulheres alude ao impedimento da mulher em trabalhar fora:

[...] ele não aceitava que eu trabalhasse fora na casa de família. [...] não aceitava! Por quê? Porque eu tinha que ficar em casa, né. (Iolanda)

[...] quando eu chego do trabalho ele fala que eu tenho que parar de trabalhar. Eu falo assim: não, que eu não posso parar de trabalhar que eu faz nove anos que eu to trabalhando no lugar, to registrada, minha patroa me dá de tudo. Ela me dá trezentos paus, ela me dá cesta básica, ela me dá mistura, ela me dá dinheiro a mais. Eu não posso perder esse emprego. Se eu perder, ele ganha... Ele fez empréstimo, ele ganha 400 paus, que ele fez empréstimo pra descontar até dezembro agora. [...] ele não quer que eu trabalho. Ele quer que eu fico 24 horas com ele sentado lá. (Carolina)

O trabalho fora de casa para as mulheres ainda parece ser concebido, por parte dos seus parceiros como um lugar que não pertence ou não deveria pertencer às mulheres. O lugar reservado a estas é, historicamente, o lar. Reis (1994) lembra que um novo padrão de relações familiares surge na Europa em meados do século XVIII, culminando com a família isolada em si mesma. Nesse processo, o autor destaca que “este isolamento marcou a clara separação entre a residência e o local de trabalho, ou seja, entre a vida pública e a privada” (p. 109). Dessa forma, o marido passa a ser o provedor material e a autoridade dominante, e à mulher

coube o papel pelo cuidado da casa como responsável pela vida doméstica. Considerada menos capaz e mais emotiva que o homem, torna-se dependente deste.

Após quase três séculos, ainda hoje podemos ver que quando as mulheres rejeitam este postulado, os conflitos se acirram. Prova disso, as falas reiteram que o lugar reservado ou esperado para elas é a clausura do lar.

A violência intrafamiliar adquire ainda outras formas severas e o expoente maior que esta assume, de acordo com os relatos, refere-se ao planejamento e/ou tentativa de homicídio

Passei por muita coisa difícil. Ele chegou a furar a menina de faca. Que ele era muito bravo. Ela [filha] entrou no meio. Pegou ela por aqui, e a ponta da lima entrou [...] e pegou assim na mochila e foi atirar na minhas costas, pra dar por detrás em mim, né. [...] Quando eu olhei tava uma roda já de sangue [...] Mas depois não, aí não, aí acabou tudo. [...] Que eu tinha só mágoa, mágoa, mágoa, mágoa. Que e se ele mata a menina, né? [...] ele bebeu e veio bater ni mim e deu a... Aí juntou tudo, eu subi lá [no fórum] e aí eu tomei a decisão. [M1]. (Rita)

[...] ele tinha tomado umas pinguinha, mas tava bom, viu, não tava bêbado não. Aí eu escutei ele falar pro homem assim, eu ficava sempre escutando, que eu sabia que ele era violento, né. Eu escutei ele falar pro [nome do pedreiro] assim: é, hoje eu vou ficar nesse portãozinho aqui embaixo [...] pra menina passar e ele pegar ela [...] não é, o homem bebe. [...] ele falou : [...] eu vou ficar nesse portãozinho aqui embaixo mas eu vou tacar esse ferro na cabeça dela que ela vai ver. Ferro de puxar cisco. [M2]. (Rita)

A filha mais velha de Rita foi agredida fisicamente pelo pai e posteriormente ameaçada pelo padrasto, nas duas vezes existindo risco contra a sua vida. Fica explícito como a tolerância existente para a violência sofrida é bastante alta, e o seu limite encontra-se num limiar que quase se aproxima do risco de morte. Rita salienta em sua narrativa, que este consistiu em evento decisivo para que a separação do companheiro ocorresse. A aceitação de inúmeros episódios de agressão é finalizada após o risco iminente de morte de sua filha. Ainda assim, com o segundo relacionamento, as ameaças não são suficientes para romper com o parceiro.

O abandono da família em condições de necessidades (negligência) é concebido pelas mulheres também como uma forma de violência vivenciada por elas. Alguns relatos dão a dimensão desse aspecto:

Por causa de bebida, né. Por causa de bebida. Quando ele trabalhava, com dinheiro, ele saía, às vezes não chegava, zuava, perdia tudo, gastava tudo o dinheiro, e a gente passando necessidade. As meninas, ó, eu cheguei fazer roupinha de saco pras minhas filhas vestir. De saco de açúcar. [...] clareava o saco, tingia e fazia roupinha na mão. Na mão pra minhas filhas vestir. Essas duas mais velhas vestia de saco. [M1]. (Rita)

[...] eu fazia minha marmitinha de manhã e saía, e ele ficava nos bar. Ele ficava. Aí eu pagava aluguel, comprava o mantimento, e assim foi indo, foi indo, foi indo, né. Quando dava pra comprar roupa a gente comprava,

quando não dava a gente deixava a roupa pra lá, e foi indo. Eu não sei porque que força que eu tive na vida. [M1]. (Rita)

Minha casa tinha uma porta que se você encostasse a mão ela abria, sabe. (Bárbara)

[...] eu não tenho dinheiro, não tenho o que comer, eu não tenho nem o que pagar minha água e minha luz. Eu to ainda to com água lá, mas minha luz já cortaram, eu to ficando no escuro, eu não tenho geladeira, eu não tenho televisão, eu não tenho nada funcionando. [...] Minha sogra tinha condições financeira, meus, meus cunhados, sabe, e nunca me ajudaram. [...] Ele ia e me deixava assim, sem nada. Com conta de água atrasada, conta de luz atrasada, com o armário vazio, sabe. Ia embora e me largava, assim, assim. Ele simplesmente não me ajudava em nada. [...] É que de todas as vezes que ele bebia, e que eu falei assim, olha, não tem condições. Vai embora porque se for pra mim passar fome com você eu passo sozinha. Ou você trabalha ou você vai embora. Porque você começa beber, você para de trabalhar. [...] E eu não tinha nada dentro de casa pros meus filho comer. Porque o meu marido tinha saído e foi embora, e me deixado assim com o armário limpo, assim como ele sempre fazia. [...] Quando ele começava a beber, ele parava de trabalhar e consequentemente eu não tinha o que por pra comer. Ele não tinha dinheiro pra comprar o que comer. Era aí que ele dava o fora. Eu brigava, mandava trabalhar e ele ficava bravo, eu mandava ele embora pra casa da mãe dele. Só que lá ele almoçava e jantava. Em compensação eu com os meus filhos ficava sem nada. [...] naquele período eu comia fubá no almoço e na janta. Eu e os meus filhos. E os meus filhos, eu morava em [nome do bairro], bastante chacrinha, eles saíam, pulando cerca de chácara em chácara comendo laranja verde, o que aparecesse de fruta pra realmente não passar fome.

[...] eu ia pegar a meninas levar pra Casa das Meninas [orfanato] e pegar os meninos e levar pra Casa dos Meninos [orfanato]. Que eu tinha os quatro, né. Falei: eu vou pedir pra eles cuidar deles pra mim até eu receber meu salário, arrumar um pouco minha vida, daí eu vou buscar de volta meus filhos. [...] Já teve assim época assim de eu tá na [local de trabalho] [voz embargada] de repente começava aquelas tempestade de vento, sabe, e eu ficava pensando nos meus filhos sozinhos. Porque eu morava, eu comprei o terreno num bairro bem afastado, praticamente mato, e pasto pra tudo quanto é lado. [...] Então eu morava sozinha, sabe. Era um quarteirão inteirinho só de mato, de pasto, de árvore, e a minha casa ali. (Bárbara)

Com o alcoolismo presente nas histórias das mulheres, há uma importante modificação no aspecto socioeconômico das famílias. Rita e Bárbara expõem a situação de precariedade referente às condições materiais de existência em que se encontravam no período do alcoolismo dos companheiros. A negligência em prover sustento a elas e/ou filhos está atrelada, na história de Bárbara, com a não capacidade do marido na época em trabalhar. Ainda assim, ela lembra que ele alimentava-se na casa da mãe, onde foi morar. Ela e os filhos, por outro lado, não tinham a mesma disponibilidade de alimentos.

O caso de Rita, por outro lado, revela a relação entre o beber do companheiro e não se preocupar em auxiliar financeiramente no cuidado com os filhos e gastar todo o dinheiro com despesas fúteis. Quando ela rejeita manter-se na relação conjugal, a tentativa de

convencimento do parceiro é pautada na dependência financeira, ameaçando não fornecer alimento aos dependentes, como pode ser observado no seu relato:

E ele falou assim pra mim, ó pra você ver, o que eu falo pra você. Eu, o que eu já passei não ta escrito. Ele falou assim: você não vai me acompanhar, eu não vou te dar mais um pão pra você, pra você nem pras crianças. Meus filhos nunca foi na casa dos outros pedir nada. Fiquei com os dois de menor, porque as duas já tavam trabalhando pra fora, né, mas até hoje nunca foram na casa dos outros, os dois de menor [...] Porque eu tinha vontade de trabalhar, né, filha. (Rita)

Como vimos, em todas as histórias, as mulheres não eram, pelo menos no período do alcoolismo dos parceiros, dependentes financeiramente deles. Pelo contrário, as falas evidenciam que nos momentos em que o alcoolismo se pronunciava na vida das famílias, eram elas as grandes responsáveis pelo sustento da casa:

Eu trabalhava, cuidava das crianças, cuidava de tudo e ele só bebendo, né. [...] ele não trabalhava, né, bem. Então eu tinha que ser pai e mãe, trabalhar, tomar conta de tudo, tudo, tudo. Eu fazia tudo dentro de casa, eu era pai e mãe. Por isso que hoje eu não aceito que ele erga a voz comigo de maneira alguma. Então eu fui pai e mãe nessa época, eu fui pai e mãe. Foi assim um período muito difícil, viu. (Iolanda)

Iolanda evidencia o caráter de provedora da família, acentuada pelo trecho em que a necessidade de desempenhar o papel de pai e mãe. Nessa colocação, explicita a compreensão sobre quais seriam as atribuições de pai e mãe compreendidas por ela quando afirma que o marido, ao não estar trabalhando, delega a ela essa função, que no seu entendimento, seria papel do companheiro. Ao passo que ele não corresponde a essa figura de provedor e ela o assume, toma para si, concomitantemente, o papel de pai. Essa afirmativa enuncia o sentido pessoal presentes na expressão “ser pai e mãe”. Não podendo contar com o apoio do marido no sustento financeiro da casa, passa dessa maneira a representar os dois papéis, com toda a carga que isso possa acarretar.

Muito provavelmente para o companheiro de Bárbara, o trabalho já não era atividade que conseguia desempenhar e dependia da sua família para as despesas consigo. Entretanto, a família do companheiro não assumia o papel de prover alimento também para os seus filhos, responsabilidade prevista em Lei. Para conseguir que o companheiro ou sua família a auxiliassem com as despesas com os filhos precisava recorrer à justiça. Rita, por sua parte, tomou para si esta responsabilidade e, diante da fala do companheiro em não fornecer ajuda caso ela não permanecesse ao seu lado, decide o fazê-lo sozinha, orgulhando-se de os filhos não precisarem pedir nada a ninguém, de ter conseguido, mesmo com dificuldades, ofertar o básico para os filhos.

Episódios de violência sexual também estão presentes nas narrativas e a possibilidade de agressão está colocada quando da não obtenção de relações sexuais com a parceira.

E ele já tá nervoso, muito bravo mesmo porque nós separamos né. [...] Separamos de quarto [...] De quarto. Ai, como que tá difícil. Essas agressão tá acontecendo já faz tempo. [...] Todo dia, porque ele quer ter relação comigo [...] Sempre o motivo é minha relação com ele no quarto. [...] Ele quer fazer relação [sexual], não quer tomar banho, ele me agride. Eu falei não, bem, não precisa agredir. Se você tomar banho a gente pode conversar, a gente pode conversar, né, mas eu... Não quero mais. Não quero mais. (Carolina)

Como mencionado anteriormente, com o contrato de casamento, estão implicados deveres que pretensamente devem ser cumpridos pelas partes. Embora os homens não estejam desempenhando a parte que lhes caberiam neste trato, as mulheres ainda se veem obrigadas a manterem a sua, sob a pena de sofrer agressão pelo seu não cumprimento.

No trecho acima notamos que, mesmo com a fragilidade da relação afetiva entre o casal, a função sexual é esperada em sua plenitude. Ao não querer manter relações sexuais com o parceiro, a mulher é alvo de atos violentos, o que afasta ainda mais as possibilidades de uma aproximação ou reconciliação do casal. Assim, se instala um círculo vicioso que colabora para a acentuação dos conflitos. Somado a isso, Carolina relata a dificuldade que o parceiro demonstra em manter os cuidados com a higiene, decorrente do adoecimento que o atinge e de um possível quadro depressivo que o acomete.

Eu falei: não, você tá em depressão, você tá em depressão. (Carolina)

Diante dos conflitos familiares, as mulheres enfrentam ainda as constantes ameaças de terem de deixar o local de moradia.

Aí quando ele tá nervoso ele manda eu embora de casa. Falo assim: você quer que eu vou embora de casa? Tá, vou lá no portão. [...] ele queria vender a casa por causa do dinheiro. [...] Ele queria ir embora, ele queria ir embora pra [nome da cidade de origem]. [...] ele quer os irmãos dele que tá lá, ele tem parente, tem todo mundo lá. Ele... Uns tempo atrás ele foi mesmo. [...] Deu até discussão. Deus me livre. Ele falou que a casa era dele, que ele construiu e que é dele. Eu falei: eu sei que é seu, mas eu não vou vender. Se eu já saí de [nome da cidade de origem] pra vim [...] pra vim na faculdade, deu derrame, tem até hoje consulta, porque que ir pra [nome da cidade de origem]? Depois deu uma loucura nele, aí eu pedi muito a Deus e ele não quer vender a casa mais. [...] Agora essa semana tocou eu de casa, que ele quer eu fora de casa. [...] ele falou assim que eu não tenho parte da casa. Quem vai me querer? Vou estragar vida de filho? Que tá casado? Imagina! Eu vou falar: ó, ó, vim morar com você. Vou pegar minha mala e morar com a filha? (Carolina)

Como na maior parte dos casos, as moradias das entrevistadas foram compradas com o dinheiro do trabalho assalariado dos companheiros, estes se sentem no direito de expulsá-las

quando julgarem conveniente. Ignoram a contribuição destas mulheres na manutenção do lar, e ainda os direitos dos dependentes nos bens e imóveis que possuem.

Diante da ameaça de não ter onde morar, Carolina se vê sem perspectivas. Não considera a possibilidade de morar com os filhos por conceber que se constituiria em um peso para eles. Ainda nos casos em que há a divisão dos bens, vemos que, na grande maioria dos casos, são as mulheres que ficam responsáveis pelos cuidados com os filhos e, dessa maneira, a divisão dos bens nem sempre representa igualdade apenas pelo fato dos bens terem sido repartidos ao meio:

E nós tínhamos uma casa na [nome do bairro], nós vendemos a casa, repartimos nosso dinheiro, a... O valor que nós tinha construído a casa, e eu comprei meio terreno em [nome do bairro] e ele ficou morando com a mãe dele. O que que ele fez? Ele comprou uma perua e sofreu um acidente. Então foi embora o dinheiro dele, porque a perua nem o ferro velho não aceitava. E eu fiquei lá com metade do meu terreno e três cômodos no terreno. Minha casa tinha uma porta que se você encostasse a mão ela abria, sabe. [...] Porque eu morava, eu comprei o terreno num bairro bem afastado, praticamente mato, e pasto pra tudo quanto é lado. (Bárbara)

[...] eu trabalhava na [nome da empresa], eu que pagava o aluguel de casa, ele não dava dinheiro, e eu criando os dois meninos de menor, e aquela luta, aquela luta e aí venci né. [...] eu pagava aluguel, então era muito apurado pra mim. [...] que era quatro criança. [...] a gente era muito pobre. Era aquela pobreza que não dava pra... Nossa! Aí minhas filhas, quando começou uma idadinha de dez, 11 anos, 12 anos já foi trabalhar de domés... De... De babá e estudar de noite [...] arrumei dois comodozinho na [nome do bairro], dois comodozinho bem ruim, com um banheirinho lá fora assim, com um cercadinho de madeira lá fora. Entrei com os meus dois filho. A menina com 11 anos e o menino com 13, e entrei na [nome da empresa que trabalhava]. Eu pagava aluguel, pagava água, pagava a luz e cuidava dos meus filho. (Rita)

Ah, foi muito ruim [morte do primeiro marido]. Aí foi ruim, porque a minha sogra não queria eu, minha mãe também não queria eu, meu pai não queria eu, minhas irmãs não queria eu na casa delas. Então aquela coisa foi uma bomba. Aí eu fui morar com a minha mãe. Depois eu tive uma desavença com o meu pai e fui morar com a minha cunhada, essa do primeiro casamento, né. [...] fui embora com o [nome do companheiro atual] É. Ninguém me queria mesmo. A patroa queria eu mais não queria o meu filho, né. [...] aquelas patroa antiga não gosta de criança. [...] Aí que eu conheci o [nome do companheiro atual]. Ai, eu fui embora, fui embora. Ele falou naquele dia, eu já fui embora. Porque eu não tinha canto pra ir. Eu tinha... Eu tinha tentado voltar pra casa do meu pai mas não... Não podia sair mais pra fora, mas nem no portão. Não podia sair. Meu pai era rígido daquele jeito. (Carolina)

Sentidos diversos se apresentam nas falas sobre a dependência financeira das mulheres em relação aos companheiros. No caso de Rita, vemos que depois que os filhos (que eram quatro) cresceram, começaram a se abrir para ela outras perspectivas e, mesmo com

dificuldades, consegue com o trabalho, o sustento da família. Antes, porém, concebe que não teria condições de fazê-lo, tendo em vista o número de filhos e a pouca idade destes.

Na história de Bárbara, percebe-se que a venda e divisão do valor do imóvel representou para a família perdas no sentido do padrão de segurança e conforto anteriores. O companheiro volta mais tarde para o convívio da mulher e filhos, mas sem a sua contrapartida financeira, que se perdeu em sua posse.

O trecho do depoimento de Carolina, porém, levanta outro ponto interessante sobre a questão econômica. Dada a morte de seu primeiro companheiro, se vê sem alternativas. O convívio com o pai revela dominação tal qual a do companheiro que vai se configurar posteriormente. Contudo, naquele momento não se apresentam outras possibilidades de sobrevivência. Há dificuldade em conseguir emprego por ter um filho pequeno e não tem onde morar. O casamento com um até então desconhecido lhe parece a alternativa que se apresenta de imediato.

Concebido como violência contra a parceira, o ato de o companheiro em *insinuar que a mulher comete adultério ou envolve-se em relacionamentos extraconjugais* é também elencado:

[...] ele era ruim, que ele não queria que eu fosse na minha mãe, atender as pessoas no portão, rezar terço e ir na missa. Ele falou um dia pra mim que eu tava atrás do padre. [...]
Ele falou que eu tenho outro homem. [...] Eu falei pra ele: se eu for largar de você, eu vou apanhar de outro. Nessa parte, se eu já to com ele, é daquele jeito que eu vou viver, agora se eu for com outro homem, gente, largar meu marido aqui e eu ir com outro homem e meus filhos me desprezando, coisa feia. (Carolina)

Acreditamos que no imaginário masculino nestes casos, a ideia de a esposa sair de casa representava sério risco de que ela pudesse encontrar outro parceiro. Por estar numa condição bastante restritiva, com comprometimento físico importante, além da diferença da idade entre o casal, a mulher circular por outros locais para além do ambiente doméstico poderia representar a possibilidade desta se envolver com outros homens que pudessem oferecer a ela o que ele não mais poderia.

Foi referida ainda a ocorrência do início da violência contra a mulher no período gestacional:

Era só briga, briga, briga, briga, briga. [...] Sempre, sempre. Desde a primeira gravidez. [...] desde a minha primeira gravidez eu sofri. Dezenove anos eu aguentei com ele. [...] Da primeira gravidez. Sem motivo nenhum ele era agressivo. [...] [M1]. (Rita)

Embora as mulheres não esboquem explicação à violência que ocorre ou se inicia durante a gravidez, podemos lançar alguns questionamentos a respeito desta questão. As mulheres carregam consigo a gravidez como manifestação característica do corpo feminino. (OLIVEIRA; VIANNA, 1993).

Com o ato da agressão, o homem pode estar expressando desconfiança sobre a paternidade da criança, já que o processo de gerar acontece no corpo da mulher e dá somente a ela o poder de saber quem é o pai. A gravidez pode gerar incerteza no homem sobre a paternidade da criança, suscitando dúvidas quanto à fidelidade da companhia.

Sobre o casamento monogâmico, Engels (1884/1980, p.66) analisa que “sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível; e exige-se, essa paternidade, indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão, um dia, na posse dos bens de seu pai.”. Sobre a origem da estruturação da família nuclear burguesa assim como a concebemos hoje, está calcada no surgimento da propriedade privada. Ainda de acordo com Engels (1884/1980), a passagem do matrimônio sindiásmico para a monogamia necessitou assegurar a paternidade dos filhos e a transmissão da propriedade privada, na transição para a comunidade familiar patriarcal. Em suas palavras, a expressão família

[...] foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social, cujo chefe mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o pátrio poder romano, e o direito de vida e de morte sobre todos eles (ENGELS, 1884/1980, p.61).

Além do mais, não podemos saber como é compreendida a paternidade por estes homens. Teríamos mais competência para discorrer sobre o assunto se os mesmos tivessem sido ouvidos, mas como isto não ocorreu, podemos, dessa maneira, apenas lançar alguns questionamentos sobre como eles podem conceber a paternidade, se era desejo seu ter filhos e como se sentem ou se sentiam nesse papel.

Há ainda outro ponto que merece atenção neste sentido. Quando a mulher torna-se mãe, passa a dedicar grande parte de seu tempo com os cuidados com a criança, o que as torna menos disponíveis para os companheiros e também para o sexo. Bárbara aponta esta questão quando diz que:

E eu acho que talvez até por causa que eu tive muitos filhos eu não tive muito tempo pra dar atenção pra ele, sabe. E hoje eu tenho, entendeu. Então que quando nós casamos, quando eu casei eu já tinha um filho, né. Ele aceitou numa boa [o filho], e foi levando. Depois logo em seguida já fiquei grávida, que eu casei. Acabei de ter a [nome da filha] já fiquei grávida do [nome do filho]. Então o tempo que eu tinha de... Pra me dedicar pra ele foi diminuindo, né. (Bárbara)

Para Bárbara, ter tido muitos filhos pode ter se configurado como uma dificuldade a mais no relacionamento. Não faz, no entanto, qualquer reflexão sobre o papel do marido nessa decisão, nem no sentido de desejar ser pai, nem no seu contrário. Assume solitariamente a responsabilidade da geração dos filhos e, conseqüentemente, não dispor de tempo para estar mais próxima do companheiro. Iolanda, por outro lado, acrescenta que a reflexão sobre o planejamento familiar não ocorria:

É, veja bem, pra eles são tudo normal, bem. Tanto faz, tanto fez, entendeu? Tanto faz, tanto fez, pra eles é tudo normal. [...] Eles tanto faz vim homem, mulher, naque... naque... naquela época era tudo uma coisa só. (Iolanda)

Rita aproxima-se da fala de Iolanda quando coloca que:

Ficava [grávida], ganhava. Na mão de parteira. Você pensa que eu fazia um tratamento ni médico? Eu ganhei os quatro filhos em casa, em casa. Mas eu nunca fui no médico pra saber... Eu sabia que eu tava grávida porque a menstruação sumia. [...] Ai a barriga ia crescendo. Ganhava em casa. Já com a parteira, naquele tempo era parteira. Não ia no médico, eu nunca fiz assim um tratamento nenhum assim de gravidez. Ai quando eu ganhei essa menina mais nova, [...] a própria cunhada minha, [...] foi ela que disse pra mim, Rita, não ganha mais neném. [...] Ela falou: Rita, não põe mais neném no mundo que o meu irmão não conserta. Ai ela me ativou pra mim comprar remédio pra mim tomar pra não engravidar. (Rita)

Na fala de Rita, a gravidez é compreendida como natural e assim os filhos vão nascendo. Os relatos mostram que não havia diálogo sobre como compreendiam a paternidade e a maternidade.

Depois de longos períodos fazendo consumo excessivo de álcool, o parceiro deixa de beber, conseqüência de diversos fatores que detalharemos adiante. Por ora, é importante salientar que as mulheres expõem ter havido uma mudança qualitativa em relação ao período que apresentaram o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ou mesmo um retorno ao modo anterior de se relacionar com a família.

Era uma pessoa muito boa [não alcoolizado]. Muito boa. Não tinha boca pra nada. Igual hoje. [...] depois que ele parou, faz seis anos que ele parou da bebida mesmo que ele... Ele já era um pedreiro muito bom. Ai depois que ele parou, faz seis anos, aí sim que a vida dele mudou mesmo. Ele é um construtor. (Iolanda)

[...] porque aí eu olho o meu marido hoje e eu vejo, sabe, hoje a pessoa que ele é, sabe. E vejo lá atrás o que eu passei e dou muito valor no que eu tenho hoje, sabe, na pessoa que ele é [...] Então por enquanto ele ta em casa, mas em casa ele me ajuda a fazer tudo. Tudo. Ele lava a louça, sabe. Ele só não faz comida, mas ele lava a louça, ele varre a casa, ele tira pó, ele limpa, ele varre o quintal, sabe. [...] eu hoje, terminamos [o almoço], sabe: nossa, bem, tava uma delícia. Ou então: nossa bem, tava muito bom, brigado, sabe. Quando que eu ia pensar que o meu marido ia ser tão gentil assim? [risos]. (Bárbara)

Notadamente, os vários tipos de violência que se apresentam na vida dessas mulheres são explicados pelos parceiros por algum tipo de motivação que os levou aos atos agressivos. Para a maior compreensão dos modos como os companheiros percebem o alcoolismo e os motivos para o início do consumo excessivo de bebidas alcoólicas seria necessário que eles fossem ouvidos, o que não foi possível no presente estudo.

O presente estudo revelou que os atos violentos estiveram contíguos ao alcoolismo. Não podemos afirmar, contudo, que este causa violência, mas podemos questionar o papel de um padrão de comportamento em que as pessoas se relacionam, com base nas relações de poder e o uso da força física como potente ferramenta de opressão.

A narrativa das mulheres sobre a vivência da violência⁴⁹, além de ressaltar as agressões físicas contra elas e filhos (soco, tapa, destruir pertences, trancar em casa, tentativa de homicídio) e sexuais, mostra outras formas de violência sentidas pelas mulheres, como violência psicológica: agressões verbais (gritar, erguer a voz, falar palavrões, xingar, ameaçar), privar a família de sono, cerceamento da liberdade (não permitir que esposa durma no quarto, isolamento do convívio social) e manter relacionamentos extraconjugais. Envolvem também negligência e privação de cuidados (abandono da família em condições de necessidades - negligência material).

Algumas formas de violência se perpetuam, porque firmam papéis e imagens tradicionais de homens e mulheres, e aparecem em diferentes espaços e relações cotidianas. As motivações variaram nos relatos entre o alcoolismo e o ciúme (de trabalhar fora, desconfiança de fidelidade, gravidez, dos filhos e de outras relações com pessoas do convívio social).

Não é violento naturalmente o ator do ato violento, mas violentas são as formas de lidar com a vida nos padrões produzidos socialmente. Olhar o sujeito da ação como violento remete ao reducionismo explicativo. A dinâmica social é permeada por violência e esta se expressa nas relações pessoais, no modo como os sujeitos se relacionam no cotidiano.

Iolanda, apesar da vivência do alcoolismo e da violência intrafamiliar, compreende que também os alcoolistas sofrem com o estigma e julgamento social:

Nossa Senhora, eu fico tão chocada a hora que eu vejo essa situação [de violência] na televisão. Nossa senhora viu, que horror! Eu fico chocada mesmo, eu não gosto de ver violência, fia. Não sei por que, viu, mas eu não gosto de ver essas coisas. Não gosto de ver o sofrimento das pessoas não. Pelo amor de Deus. Não importa quem seja, fia. Pode passar um bêbado na

⁴⁹ Os relatos das participantes da pesquisa se aproximam com as formas mais habituais de maus-tratos e abusos contra as mulheres. (BRASIL, 2005a).

rua, jamais, jamais eu olho pra aquele bêbado e falo alguma coisa. Só falo: Deus tenha misericórdia dessa pessoa. Jamais humilho, jamais falo alguma coisa pra agredir, jamais, filha. Eu morro de dó. O meu coração não é pra isso não. Pode ser quem for, filha, eu sou contra a violência. Sou contra a violência, pode ser o que for. Não aceito mesmo. Qualquer coisa, não aceito. (Iolanda)

Conforme o relato de Iolanda, o próprio fato de ver cenas de violência na televisão trás aversão e sentimentos diversos, mas alega não saber por que motivo. Ora, a experiência individual foi demasiada sofrida, e ver que outras pessoas passam pela mesma situação, além de fazer rememorar o que foi vivenciado por ela, gera sofrimento. Apesar disso, lamenta o modo como os alcoolistas são abordados pelas pessoas do entorno social, e valendo-se de sua história, aproxima-se, por identificação, o próprio marido com os alcoolistas, por saber da consternação na qual estão colocadas as pessoas nesta condição.

De acordo com Martín-Baró (1996), o processo de conscientização requer a ação de abandonar a mecânica reprodutora das relações de dominação-submissão. O autor lembra que as famílias também são vítimas do amoldamento da estrutura social violenta, ou seja, refletem a violência estrutural, que nega a possibilidade de efetiva humanização dos sujeitos.

Até o momento pudemos acompanhar o quanto é extenuante a convivência com o companheiro alcoolista e o quanto as famílias tem sido penalizadas pela relação entre o alcoolismo e a situação de violência a que estão submetidas. Assim, os relatos evidenciam outro núcleo de significação:

B.3. Sofrimento psíquico: as dores e o fardo de viver com o alcoolismo.

Ah, não tava aguentando mais, bem, a situação. Não tava aguentando mais. Falei: isso não é vida, isso não é vida! Nossa senhora. Eu não tava suportando mais chegar em casa. Aí tinha que vim, né, eu tinha os meus filhos, né, bem, então eu tinha que vim embora, mas não tava suportando mais. (Iolanda)

O sofrimento psíquico, na sua forma mais imediata, é manifestado nos serviços de saúde por meio de queixas tais como dores no corpo, mal-estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia, cansaço, choro sem motivo aparente, e segundo Fonseca et al. (2008), nem sempre são classificáveis na nosologia da clínica médica:

Dor. Eu tinha muita... Eu levantava todos os dias com um peso na ca... Na cabeça. De um lado só. [...] Todos os dias essa dor, eu levantava com ela, todos os dias. [...] sentia dor de um lado só da cabeça. Tava muito estressada fia do céu, muito cansada. Muita pressão. [...] isso aí é estresse, isso é cansaço [...] eu falei: eu vou procurar o posto porque daqui a pouco vai dar um enfarte ni mim. (Iolanda)

[...] Começa a dar, latejar aqui [mostra com a mão a região da cabeça] uma veinha que fica aqui assim latejando. [...] Eu sinto dor nas pernas. As vezes também no pescoço, né. [...] Quando eu to nervosa. [...] Aí vem tudo. Aí vem tudo. [...] Eu tava passando por uns momentos que eu não tava aceitando, né [...] Tinha vez que eu chorava sem querer. (Rita)
Ai, to tão ruim. [...] To tão cansada, mas eu não sei o que que é. Cansada, cansada. Mas só que eu to sentindo... Ah, eu sinto mal, canseira, eu sinto... [...] eu to muito cansada. Não sei do que [...] Cansada do serviço, cansada do marido, e eu não sei. [...] porque eu, eu vou fazer dois dias que eu não tomo banho. Dois dias que eu só quis cama e deitar e nem ninguém perto de mim, nem minha filha. [...] eu tava com a cabeça meio estressada. (Carolina)

A dor aparece na vida das mulheres como uma constante e se soma ao fardo já bastante pesado a que se sentem impelidas a carregar. Iolanda e Rita apontam que diariamente tais dores as acompanham. A primeira revela que a intensidade e frequência são tamanhas que prevê a chegada de situação limite que culmine num infarto. Apesar das dificuldades cotidianas que se apresentam Carolina ainda não consegue identificar os motivos do seu cansaço. Cada vez mais desanimada, até mesmo as atividades relacionadas à higiene pessoal começam a ficar comprometidas. Bárbara, por sua parte, chora ao notar que está só.

Analizamos, a partir dos relatos das mulheres, a relação entre os modos de existência a que estão submetidas e as manifestações de sofrimento psíquico. Relatam ainda os sentimentos, emoções, afetos referentes a condição objetiva de vida:

Depois ele me agredindo, me agredindo, me agredindo e então eu peguei... peguei, como que fala? Ódio, raiva dele. (Carolina)
[...] antes dele ma... fazer isso com a menina a gente dormia junto, tudo certinho. Mas depois não, aí não, aí acabou tudo. [...] Acabou tudo, porque aí me fechou. Que eu tinha só mágoa, mágoa, mágoa, mágoa.[M1]. (Rita)
Pedi perdão, que não ia fazer nada mais. Eu falei: não, não tem mais perdão, que a gente não confia mais, né. [...] Só que eu que fico nervosa. [...] Isso aí que tá acabando comigo. É só isso que tá me deixando triste. [...] Porque que tem que entrar essas coisas pra atrapalhar a gente? Então isso me entristece, né. Me entristece, me entristece. [...] mas escuta se não dá [angústia]. Você não tem um companheiro, você não tem um carinho, e ... Né, é duro. Né, não é fácil. [...] a gente sente tristeza, né. Não era o que eu queria. [...] o que me angustiou foi a sujeira de muié, né. Mas é difícil é, é difícil. [M2]. (Rita)
Eu cheguei a comentar com a Dra, com a Dra [nome da médica]: hoje, se ele morrer hoje pra mim não faz a menor diferença. Não faz a menor diferença porque eu não aguento mais tanto sofrimento. Não aguento mais. Acho que essa depre... Depressão minha acho que era tudo isso, viu. Muita assim, muita ansiedade. To sossegada agora. Mais tranquila, nossa, é um peso que tirou da minha cabeça, viu, fia. Um peso. (Iolanda)
Que é esse meu problema. Ai, eu queria ter um marido. Nem que fosse um catador de... De... De latinha. Ai, bem, você fez quanto hoje? Né? Mas nem isso posso perguntar. Faz 15 anos! Que eu... Que eu não sei o que é marido. E isso me deixa agoniada. [...] Mas não tenho amor. Mas não tenho amor. [...]. Então essa agonia vai ficando aqui, né.[...] Que eu penso, né, de ter

um casamento, né. Ai, bem, eu to com dor, você não podia dar um remédio pra mim? Ai, hoje eu to com uma agonia, bem, não sei o que que é isso. Ele vai falar: você vai no médico, bem, vê o que que é essa agonia sua. Ah, isso que eu queria, né. Eu queria ter um marido, marido. Pra compartilhar, né [...] eu queria ter uma vida [...] Essa agonia, quando dá essa agonia, eu saio pra fora, ela passa. Mas eu queria ter, eu queria que o meu marido me entendesse e eu entendesse ele. (Carolina)

Convém atentar aqui para os diversos sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico apresentados pelas mulheres. Carolina evidencia que diante da vida que tem levado com o parceiro na presença do alcoolismo e de situações de violência, os sentimentos que tem desenvolvido por ele perpassam pela raiva e pelo ódio. Rita coloca a mágoa que se instala pelo primeiro companheiro e a tristeza pela forma como o relacionamento tem acontecido no segundo casamento, gerando o que denomina de angústia.

Por outro lado, percebemos que as falas se aproximam no sentido em que colocam que aquele modo de viver não se constituía nem de longe do que desejariam para si. Isso fica claro nos trechos: “eu queria ter uma vida [...] Que eu não sei o que é marido. E isso me deixa agoniada. [...] Mas não tenho amor” de Carolina e “escuta se não dá [angústia]. Você não tem um companheiro, você não tem um carinho” de Rita.

A síntese feita por Iolanda dá a dimensão de quão esgarçados estavam os laços afetivos com o companheiro, a ponto de concluir que a sua morte não diferia em absoluto de ele estar vivo. Pelo contrário, pode-se pensar que se constituiria em alívio ao seu sofrimento. O que indicam é que se sentem sozinhas e a solidão é apontada ainda por outros relatos ainda mais enfáticos:

Eu tive muitas noites que eu não dormia e chorava. Porque eu me sentia muito sozinha. Esse que era o meu maior problema, sabe, eu me sentia muito só [...] eu me sentia muito sozinha. Esse que era o meu maior problema, sabe, eu me sentia muito só, muito assim [...] não tinha quem me apoiar e ainda por cima meu marido bebia daquele jeito, me fazia sofrer. Porque eu sofria muito com isso. E o pior de tudo isso, eu não tinha em quem me apoiar. [...] Sabe, ninguém me estendeu a mão. Então esse foi o pior, assim, a pior coisa pra mim. Me senti sozinha. Sozinha. Eu pensava assim, é eu e Deus. Mais ninguém. (Bárbara)

[...] na época eu pensava muito, eu falei: mas pra onde que eu vou com quatro filhos, meu Deus? Pequeninhos. (Rita)

A solidão não representa necessariamente estar longe das pessoas, mas se sentir solitária mesmo estando em meio a muitas pessoas. A relação que se apresenta remete ao fato de se encontrarem sem suporte social, uma vez que identificam não poder contar com familiares e/ou amigos, além da ausência de apoio no próprio ambiente familiar. Diante do panorama apresentado pelos relatos, descrevem como se sentem ou se sentiam:

[...] porque quando eu tava no mato parece que era que nem bicho. O que ele falava eu aceitava. Você ta entendendo? Sabe, parece que assim, tudo... Eu olhava nas crianças e tudo pequenininho, e eu pensava: eu tenho que acompanhar ele, né. Então eu fiquei na mão dele, assim, o que ele falava tava bão. E ali, que nem burro. [...] e esse homem judiando da gente, só lenheiro, lenheiro, lenheiro. O fogão era uma tripinha lá no chão, aqueles... Menina, era vida de bicho! Era vida de bicho. [M1]. (Rita)

Eu queria ter uma vida [...] eu queria ter um marido. Eu queria lavar a roupa dele, ai, bem você chegou, ai, me dá um beijo. Bem, essa roupa tá boa, ta passada? Bem você quer janta? Ai que comida gostosa! É isso que eu queria ter na minha casa! Depois desse... Depois desse tempão aí, minha filha... Então eu queria ter uma marido assim pra... Pra partilhar, né. Né? Mas não tem. Como que eu vou falar? Bem, eu falo assim pra ele: bem, a comida ta gostosa? Tá, tá. Você gosta de mim? Não. (Carolina)

Não é a vida que eu queria, eu queria ter um companheiro, sair, passear, chegar em casa junto, partilhar os problemas, né. É, não é o que eu queria, né. [...] a gente fica angustiada por isso, né. [M2]. (Rita)

Carolina e Rita expressam em seus relatos, a intenção de ter um companheiro com quem compartilhar as coisas da vida. Rita revela que em outro momento de sua vida, ansiava pela sua liberdade. É impedida, contudo, por se encontrar numa condição de dependência do primeiro companheiro, e chega a comparar com a vida de bicho a vida que levava. Não possuía autonomia sobre sua vida, motivo que impeliu a permanecer sobre o domínio do parceiro. Concluem que isso não é vida. Pelo menos não a que queriam ter, a que acreditam ser possível ter. É o que Sawaia (1995) chama de “tempo de morrer”, caracterizado pela “falta de recursos emocionais, de força para agir e pensar e pelo desânimo em relação à própria competência”. Resume-se, desse modo, em conceber que nada pode fazer para transformar a sua realidade. É o que a autora chama de “cristalização da angústia”. (p. 159).

São longos períodos de vida em situações extenuantes e de total falta de controle sobre a própria vida. Dessa maneira, o adoecimento toma espaço e se insere pouco a pouco em suas vidas.

[...] eu sofri tanto com o meu marido quando ele be... Bebia, bem, porque hoje eu não aceito mais nada. Não aceito! Não aceito que ninguém fale nada pra mim. Não aceito. Eu sofri tanto, sofri tanto. [...] não tava aguentando mais, bem, a situação. Não tava aguentando mais. Falei: isso não é vida, isso não é vida! Nossa senhora. Eu não tava suportando mais chegar em casa. Aí tinha que vim, né, eu tinha os meus filhos, né bem, então eu tinha que vim embora, mas não tava suportando mais. [...] Eu entrei em depressão. Eu não aceitava uma coisa dessa [gravidez]. Devido à situação, fia. Marido bebia, os outros filhos meus não eram tão grande. Como é que... Como que eu ia... Grávida, tinha que trabalhar. Como que ia sobreviver? Ele não tava nem aí. [...] Foi muito sofrimento mesmo, porque ele era um alcoólatra. Foi muito sofrimento. [...] Era muita tensão, muita tensão mesmo. Não passava. Aquilo foi me corroendo, viu. (Iolanda)

[...] as meninas chegou a sair de dentro de casa novinha, novinha, novinha. Crianças, foram morar na casa dos outros e isso aí foi marcando, foi

marcando, foi marcando, né. E eu sempre segurando, segurando [...] que era quatro criança. Eu pensava assim ó: como é que eu vou pra cidade com quatro criança em ter onde morar? Então eu fui aguentando, né. Fui aguentando. [M1]. (Rita)

[...] pra mim aquilo ali era sabe. Nossa, era terrível. A pior coisa que podia acontecer pra mim era eu ver ele naquela situação, e eu sem poder fazer nada. [...] Só que chegou um ponto que eu não aguentava mais. [...] Eu não era feliz, né [...] me fazia sofrer. Porque eu sofria muito com isso. (Bárbara)

As queixas consideradas inespecíficas são aqui denominadas sofrimento difuso (VALLA, 2001), uma característica que vem marcando cada vez mais o discurso das mulheres. Tristeza, angústia, agonia, depressão, estresse, nervoso, ansiedade. São as nomeações que fazem parte do modo que utilizam para descrever o que sentem.

Tendo de lidar com o alcoolismo dos parceiros e as decorrências do adoecimento destes, as mulheres também entram num processo de sofrimento psíquico. Ao falar do mal que se expressa no corpo, do vazio que sentem, da ansiedade que não podem controlar, das dores inexplicáveis, do cansaço, o indivíduo em sofrimento psíquico descobre, mediante o corpo, sinais físicos que dão indício de que o adoecimento também começa a fazer parte de suas vivências.

[...] é tudo aqui dentro, é tudo aqui dentro, então faz... O corpo, o corpo adoce mesmo, né. (Carolina)

Notamos que as queixas embora não sejam suficientes para o diagnóstico de transtornos mentais, não nos permite negar o sofrimento inerente a estas. Trazem dificuldades às pessoas em realizar suas atividades no cotidiano e igualmente no plano relacional. Merecem, portanto, atenção e cuidados em saúde, porque ao não serem alvo de cuidados, podem evoluir para sofrimento mais agudo e, com sua permanência e/ou agravamento, se transformar num maior comprometimento mental.

Diante do alcoolismo do parceiro, a situação de violência e a dificuldade em lidar com a questão, Carolina aponta que a situação vivenciada vai se expressar em adoecimento. Outras falas evidenciam esta relação:

[P] E o que a senhora acha que é o fator desencadeante [da alteração da diabetes]? É o nervoso. O nervoso é que dá vontade de pegar meu marido e bater no meu marido, sabe. Na agressão. Eu vou comer. Eu não agrido ele, então eu vou no pão, eu vou no macarrão, eu como tudo. A... É a gula, né. Esse nervoso? Ah, meu Deus do céu. Esse nervoso? Sair. Pra fora. O nervoso que dá dentro de casa eu vou pra rua, vou pra rua. E dou volta no quarteirão da minha casa, aí eu chego tá tudo escuro aí eu falo, aí eu entro e falo: ó, calma, hein, calma, hein. Aí parece que ele vai sossegando, porque se eu ficar lá vem mais coisa. [...] Vem daqui, minha filha [mostra o estômago e vai subindo até a garganta], uma coisa que dá vontade de bater. Agressão. Agressão. Eu não agrido ele de jeito nenhum, porque se minha

agressão fosse agredir ele eu...eu machuco ele. [...] De raiva! De rai... de raiva porque o que ele faz. Não é certo. [...] Nervoso. [...] Isso daí, quando a minha diabete ataca, que eu como mesmo eu passo mal. Eu passo mal. É nessa parte aí só, nessa parte. [...] Só foi esses nervoso do meu marido. (Carolina)

[...] sequinha que eu era, de sequinha, acompanhando esse homem, e esse homem judiando da gente, só lenheiro, lenheiro, lenheiro. O fogão era uma tripinha lá no chão, aqueles... Menina, era vida de bicho! Era vida de bicho. [...] foi muito ruim. Foi uma pessoa má. Judiava muito da gente. Até o mantimento ele jogava pras galinhas dos outros comer. E isso foi marcando eu, né. [M1][...] depois que eu perdi o filho pra cá. Eu não tinha pressão alta. Aí muito nervo, né. [...] nessa época [da morte do filho] que eu tive pressão alta. Até aí eu não tinha, trabalhava, tudo. Aí veio a pressão alta. [...] Chegou ir a vinte, as meninas já levou eu pro hospital da vez que ele brigou muito, de fazer injeção na veia. [...] o [nome do parceiro - M2] fazia... chegava bebendo. Ele chegava bebendo, provocando. [E] Mesmo tomando remédio a senhora tinha alteração? Tinha, tinha mesmo tomando remédio. Por isso que eu saio, procuro me distrair, pra mim não ficar nervosa. [...] Começa a dar, latejar aqui [mostra com a mão a região da cabeça] uma veinha que fica aqui assim latejando. (Rita)

Carolina enfatiza a relação entre as agressões sofridas e o sofrimento psíquico, que denomina de nervoso. Notamos que o aparecimento do Diabetes e a alteração da pressão arterial sobrevêm em momentos em que grandes dificuldades se manifestam. O relato de Rita explicita o seu processo de adoecimento psíquico desencadeado pela vida difícil que o alcoolismo do companheiro provocava. Depois vivencia a mesma situação com o segundo parceiro. O sofrimento intensifica-se com a morte do seu filho, a ponto de sentir-se mal mesmo estando sob o efeito dos medicamentos para o controle da hipertensão arterial. Sua narrativa evidencia que quando o parceiro faz o consumo de bebidas alcoólicas e os desentendimentos acontecem, ficar nervosa desencadeia a alteração de sua pressão arterial, e continua:

[...] quando tá tudo calmo ela [pressão] tá bem. [...] Que nem agora eu tô, eu tenho que tomar o remédio, né [...] porque a gente fica nervosa. Não adianta dizer que não fica que fica. [...] Quando eu to nervosa. [...] Aí vem tudo. Aí vem tudo. [...] Se eu não fico nervosa a pressão não sobe. Se eu fico nervosa, sobe. (Rita)

A partir da experiência do processo de adoecimento e sofrimento psíquico, as mulheres trazem em seus discursos elementos que, a todo o momento, referem a intensificação dessa consternação.

[...] isso daí acho que é o nervoso, né. Eu acho que é. Nervoso que eu não sei xingar, que eu não sei responder, que eu não sei falar pra ninguém, eu não sei discutir com ninguém, é tudo aqui dentro, é tudo aqui dentro, então faz... O corpo, o corpo adoce mesmo, né. Eu não tenho com quem... Eu não tenho com quem reclamar. (Carolina)

Doença dos nervos é assim, eu acho que abala os nervos da gente. Eu sinto dor nas pernas. Às vezes também no pescoço, né. [...] Quando eu to nervosa. [...] Ai vem tudo. Ai vem tudo. (Rita)

Eu não to aguentando mais a bebida desse homem, meu pai. To de ponto de jogar minhas coisinhas jogar tudo pro ar. [M2]. (Rita)

O “nervoso” ou “doença dos nervos” tem sido comumente a metáfora utilizada como sinônimo para expressar o sofrimento psíquico. Fonseca et al. (2008) em uma revisão dos artigos a respeito do código do nervoso afirmam que esta é uma expressão de sofrimento hegemônica e, de acordo com as autoras, entre as classes populares, as fronteiras entre corpo e mente são mais difusas do que os códigos dos saberes médicos e psicológicos tradicionais que geralmente marcam, de forma bem definida, a divisão entre corpo e mente, sujeito e mundo.

Nesse sentido, cabe lembrar a crítica feita por Lancetti (1989) sobre as formas de intervenções no campo da saúde mental em que mesmo quando os trabalhadores da saúde lançam mão da tentativa de compreensão do indivíduo na sua totalidade, expressam-na na máxima do todo “biopsicossocial”. O autor questiona de onde advém a divisão em que “grotescamente se materializa numa equipe onde o psiquiatra trata do bio, o psicólogo do psico e o assistente social do social?”. (p. 76).

As mulheres a todo tempo vem apontando na direção de que as condições de vida permanecem influenciando o processo de saúde e doença, relacionando o modo de vida e o adoecimento:

[...] Tomei, Fluoxetina [...] Tomei [...] no período que ele tava bebendo muito [...] tomei o Fluoxetina. Há muito tempo. Ai eu parei, né. [...] Veja bem, eu acho que esse problema meu já é um problema de muitos anos. Desde a época que ele começou a beber. [...] momentos assim de tristezas. Você vive porque você tem que viver. (Iolanda)

E quando eu fico nervosa sobe. Mas é que eu tomo remédio, né. Vim aqui já peguei remédio. Clorana e Captopyl já peguei hoje. [...] eu tive um pouquinho [depressão] no começo que eu desconfiei [do relacionamento extraconjugal do parceiro]. No começo eu vim aqui chorando. [...] Vim procurar ajuda dos médicos, que... e...calmante, coisa e tal. [...] Eu tava passando por uns momentos que eu não tava aceitando, né, e passaram esses calmantes e eu.. que eles percebiam que eu tava nervosa, né. Tinha vez que eu chorava sem querer. Ajudou, ajudou [medicação]. Só que daí eu fui parando por minha conta, né. Ai, eu ficava dominada, né. Que eu falei: a gente não pode deixar dominar, né. (Rita)

[...] eu sinto assim, às vezes momentos de tristeza de vez em quando, momentos de fraqueza, mas... Um dia eu to boa, no outro dia não. Ai eu tomo meu remedinho lá, aquilo vai passando, passando, e assim eu vou indo. [...] Comecei, fia do céu [tomar Fluoxetina] Nesse período que ele bebia muito. [...] Comecei porque eu já não... Eu já não dormia mais, eu tava entrando em depressão já, tudo por causa disso, bem do céu. [...] Acho que eu tomei bem uns seis meses. [...] Resolvía nada. (Iolanda)

Sem encontrar sentido a tudo que estão vivendo, as mulheres recorrem aos cuidados em saúde. Entretanto, assinalam as narrativas, as tentativas em fornecer resolução ao problema propostas pelos serviços de saúde são ainda prioritariamente médicas, marcadas pela medicalização das experiências cotidianas. Não há uma resposta imediata elaborada pela medicina, que vá responder a contento às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico.

Desse modo, os problemas permanecem, mas a pessoa está medicada. Interessante que as próprias mulheres apontam a baixa eficácia da droga na resolução do seu problema. Rita chama a atenção para o risco da dependência química decorrente do uso prolongado do psicotrópico, fato bastante comum e problema que tem se apresentado com bastante frequência no cenário da saúde mundial. Dimenstein et al. (2005) pontuam que tal consumo

está relacionado ao papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde/doença, às concepções e práticas de saúde, bem como às demandas de felicidade características da modernidade, “concretizáveis” por meio dos medicamentos, especialmente os psicotrópicos. (p. 34).

Vale ressaltar ainda a percepção das mulheres sobre o esvaziamento de sentido da vida e, concomitantemente a perda de sentido em continuar vivendo. Os filhos, nos relatos desta pesquisa, parecem ser o único elo que as liga ao mundo, o motivo que as faz encontrar motivos para continuar a viver.

Eles [filhos] que me deram força. Eles que eram a motivação de eu viver. Porque se não fosse eles eu talvez até não visse sentido na vida, porque eu não era feliz, né. (Bárbara)
Desde a época que ele começou a beber. [...] momentos assim de tristezas. Você vive porque você tem que viver. (Iolanda)

As dores pelo corpo e outras queixas vão se agravando e comprometendo cada vez mais a vida das mulheres:

Dois dias que eu só quis cama e deitar e nem ninguém perto de mim, nem minha filha. Segunda e terça, segunda e quinta eu fiquei deitada. Aí eu... Aí a [nome da filha] falou: mãe, você ta... Você ta em depressão. Falei: ah, eu to cansada. Falei: eu não aguento mais. Se eu não trabalhar, corta a minha água e minha luz. E ele... Ele fuma cigarro, toma litro de leite, ele gasta 300 pau. Então isso daí já ta me... Me... E essa semana, que eu não to aguentando. [...] nossa, fiquei dois mês sem receber. Água pra pagar, luz pra pagar, conta dele pra pagar, eu tava com a cabeça meio estressada. (Carolina)

Salientamos o sofrimento psíquico apresentado pelas mulheres que vivenciam o alcoolismo dos companheiros e estão em situação de violência intrafamiliar. Embora este estudo tenha se dado a partir da concepção das mulheres sobre o fenômeno, buscamos compreender o impacto dessa situação nas famílias. Não podemos esquecer, portanto, que

também os parceiros dessas mulheres enfrentam grandes dificuldades advindas dessa condição, como explicitado nos relatos a seguir:

Que ele falava pra mim assim: eu quero parar, mas eu não consigo. Eu tento, mas eu não consigo. Que ele falava assim: bem se eu beber um dedinho de... De... de cerveja, eu sei, e era mesmo, era fatal. Ele bebia um dedo de cerveja que ele bebesse, se vocês desse pra ele experimentar era... Era... Eu sabia que era questão de tempo pra ele ta bebendo um litro inteiro de pinga, né. (Bárbara)

Bárbara explicita como o processo experimentado pelo companheiro ao almejar se desvencilhar da dependência sem obter sucesso gerava sofrimento. Cabe ressaltar que com o agravamento do estado de saúde dos companheiros, as mulheres apontam a fragilidade dos homens. Já afirmamos em outros momentos que os homens, em decorrência do alcoolismo, se deparam com grandes questionamentos sociais. As humilhações motivadas pela não correspondência às expectativas do entorno social também já foram mencionadas.

Além disso, as complicações clínicas decorrentes ao uso abusivo de bebidas alcoólicas se apresentam a todo tempo, como a necessidade de busca por equipamentos de saúde para desintoxicação e problemas gástricos mais imediatos. Todavia, o uso excessivo de bebidas alcoólicas por longos períodos também se configura em adoecimento. O agravo da saúde dos homens alcoolistas é relatado por suas companheiras:

Bebia muito, passava mal, aí ele ficava uma semana sem beber, tinha abstinência, tudo, aí ele não trabalhava. [...] Ele não tava aguentando mais. [...] Ele tinha abstinência, viu. Ele começava tremer, tremer, tremer. Falta, né, do álcool. Aí tinha que levar ele pra to...to...tomar soro. Aí ia, tomava soro. Naquele dia ficava bem, aí no outro dia começava beber de novo. E assim foi indo. [...]Ele foi pra [...] pra UNESP quando ele passava mal, tomava soro na veia, ficava lá, voltava, começou ter problema de pressão. [...] já é magrinho. Ele já é... Veja bem, ele tem problema no rim. No rim. [...] E hoje ele já sente o problema que ele tem. [...] Ele sente muita dor, né. Do lado, do rim, muita dor. (Iolanda)
[...] ele tem um... ele tem trombose na perna, porque ta preta a perna dele mesmo [...] e ele tem problema de amputar a perna, meu marido. Ele não tem diabetes, mas a perna dele ta preta mesmo. [...] Agora de quinze anos que ele ta nessa situação doente, emagreceu, emagreceu. (Carolina)
Tudo excesso de bebida. Tudo excesso de bebida que tem no sangue. [...] Com as pernas tudo... com as duas pernas pretas daqui pra baixo, ta tudo marronzado, falta de circulação. Os médicos já num faz nem mais nada. Olha assim, ó, e deixa pra lá. (Rita)

As consequências das condições de vida vão se expressar nas necessidades de cuidados em saúde. Complicações e agravos à saúde começam a se apresentar aos companheiros das relatoras em decorrência do alcoolismo. Inicialmente as complicações se referem à síndrome de abstinência causada pela falta da substância no organismo. Elas

relatam também períodos em que se alternam a ausência do consumo e o retorno ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

As complicações à saúde, após anos de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, vão se estabelecendo:

Que ele tem cirrose, né. Ficou entre a vida e a morte na faculdade. Entre a vida e a morte! Ninguém deu nada por ele [...] Quase morreu! [...] Os médicos falou que não sabe, que ele recebeu um milagre. [...] ele ficou nove dias internado, depois ele passou um tempo tudo de ferida assim, ó. Ficou morto. Ficou morto, ficou morto, ficou morto. [...] Só que depois que ele teve esses problemas, ele assina bem, mas ele num é mais que nem ele era não. Ele perdeu muita coisa, porque a médica disse que um lado do cérebro dele ficou... a bebida estragou muito, né. Que ele bebeu muito. [...] Ficou duas vezes na cadeira de roda. Já tirei da cadeira de rodas, tirei duas vezes ele da cadeira de rodas. [M2]. (Rita)

[...] ele foi no bar deu derrame nele no bar. Aí corri lá ele tava com a boca torta [...] Olha, ele faz tratamento de, fez de fono, né, ele faz exame da perna, que deu derrame nele, deu derrame nele no segundo derrame que deu nele e ele não fala, ele tem 74 anos, ele anda devagarzinho só no quintal, que dá o... um... na perna dele que vai subindo que a perna ela...ela travada. [...] porque o médico falou assim que se ele não tiver zelo na perna ele pode quebrar, se quebrar ele não andar mais. [...] Ele engasga sempre com comida por causa do derrame [...] agora ficou mais difícil, porque eu pegava ônibus com ele. Doente mesmo, o motorista levantava assim, ele pro braço assim, pra poder.[M2]. (Carolina)

A cirrose, bastante referida quando o tema discutido em saúde é o alcoolismo, marcou também as histórias destas famílias. Rita acompanhou o adoecimento do parceiro e também do ex-marido, resultando na morte do primeiro, que não resistiu à cirrose e ao derrame consequente. Assim como Rita, Carolina assiste seu primeiro marido morrer em decorrência também da cirrose.

[...] internado muito mal lá na UNESP. Vomi... Que ele bebia muito, acho que estourou a cirrose nele, ele botava sangue pra boca e pro nariz. E botou [...] sangue pela boca. [...] Era beber e fumar, beber e fumar. E deu derrame nele. [...] ficou doente que deu cirrose de tanto beber. [...] ficou doente. Aí não trabalhava mais. [...] Era só beber, beber, beber, beber. Aí ficou doente [...] deu derrame [...] Depois do derrame ele viveu pouquinho. [M1]. (Rita)

Ele morreu de tanto beber. [...]É, é. De tanto beber. [...] ele tava no aparelho lá ligado, né[...] Ele já tava fora de si, que ele tava no aparelho, ele tava muito no aparelho, né [...] o Dr. Falou assim: ele ta morrendo. Ele ta morrendo, o cérebro dele, né. [M1]. (Carolina)

No momento da entrevista, Carolina enfrentava o adoecimento do companheiro atual. O acidente vascular cerebral, popularmente conhecido como derrame cerebral é outra forma de agravo à saúde que se manifestou e impôs limites aos sujeitos. A doença deixou sequelas como perda da fala, a impossibilidade de se locomover como anteriormente,

comprometimento neural e/ou cognitivo e a incapacidade para o trabalho. Os relatos trazem ainda outras consequências do adoecimento:

E daí agora dois anos atrás ele teve um câncer de intestino, né. Precisou fazer uma cirurgia, fez o tratamento com quimioterapia, com rádio [...] ele ta com um problema de uma hérnia, por causa da cirurgia que abriram os pontos e eu não sei nem se ele vai poder fazer o mesmo trabalho. [...] Ah, meu marido, você vê, meu marido fez essa cirurgia, meu marido eu vou falar sinceramente pra você, meu marido infelizmente hoje é uma pessoa praticamente impotente. Sabe, assim, intimamente, sabe. [...] ele ficou com uma sequela depois dessa cirurgia, sabe. Não sei se foi a quimioterapia, sabe, a radioterapia que afetou alguma coisa. Então a minha vida ta parada nessa situação, sabe. (Bárbara)

Eu falei: não, você ta e depressão, você ta em depressão. [...] ele quer ver as filhas dele, não tem condição. [...] Moram lá em Santo André. Não tem quem me leva de carro, não tem quem me leva de ônibus. Eu chego na rodoviária, vou pegar ônibus que jeito com esse homem desse jeito? Ele quer as filhas dele. (Carolina)

Limitações diversas se impuseram aos parceiros das entrevistadas e, conseqüentemente, estabelecem mais dificuldades para as suas vidas. A família de Bárbara é chamada a enfrentar o câncer e este deixou sequelas que representam um desafio a mais ao casal – a impotência sexual, que permanente ou reversível afeta a relação conjugal e que exige a busca por estratégias para lidar com mais essa questão. Carolina chama a atenção para a saúde mental de seu parceiro, que diante de tantas restrições, até mesmo a manutenção dos laços afetivos com as filhas se mostra interdita neste momento.

Os relatos apontam para a vulnerabilidade dessa população, para a complexa rede causal de sofrimento psíquico. Para tentar sanar essa problemática, acreditamos ser necessária uma ampliação do escopo das intervenções. Não podemos cair na armadilha de acreditar que um serviço de saúde isoladamente terá condições de proporcionar a resolubilidade almejada. Pensando nos determinantes sociais de saúde, sabemos que há que se investir na intersetorialidade orientando as ações. Melhoras alimentares, habitacionais, educacionais, das condições de trabalho, pertencem a esferas político-econômicas. Como assinala Lancetti (1989), ao deslocar o problema para a ordem individual, “consiste em resolver psiquiátrica e psicologicamente problemas econômico-sociais”. (p. 83).

Assim, os relatos sobre as consequências do adoecimento dos companheiros explicita outro núcleo de significações:

B.4. O cuidado como dever da mulher.

Iolanda refere-se ao papel fundamental que desempenhou quando não se divorciou do companheiro, e como explicitado acima, o apoio da família se coloca como fundamental no cuidado do alcoolista. Todavia, não são idênticas todas as formas de relacionamento, e para algumas famílias, mais que para outras, o processo de cuidar torna-se demasiado sofrido. Ainda assim, mesmo nos casos em que o cuidar representa um sofrimento intenso, como quando a agressão ainda existe, identificamos como um significado social presente na retórica das mulheres que o cuidado do parceiro adoecido é função das mulheres

[...]ele [ex cunhado] falou: vocês toma conta dele. Eu falei assim: vou tomar conta que jeito, vocês não vai deixar nada pra mim cuidar dele? Não, ele não tem um centavo. Ele não tem um centavo. [...] ficou 14 dias internado. Depois de 14 dias, entrou dentro da minha casa, dentro desses dois cômodos que eu tava alugando. Sem um centavo! [...] eu não tinha geladeira. O que que eu fazia? Eu comprava carne, retalhava, salgava, e deixava no Sol, botava uma coisinha, aquela cestinha de arame pra não entrar nenhum mosquito, [inaudível] que o médico falou que ele tinha que comer muita carne, muita verdura e leite. Olha, três mês eu cuidei dele sem trabalhar, eu sozinha só com o meu salário e do menino. Ele ficou bonito, gordo, que não parecia que ele ficou doente, tanto que eu cuidei bem. Com três mês ele falou assim: to voltando pro lenheiro. E aqui eu não venho, eu não vou dar mais nada pra vocês. [...] quando ele ficou doente eu ainda ajudei, mandava dinheiro pra ele, pras meninas comprar as coisas pra ele, pra minha cunhada, que ele ficou junto da irmã dele. [M1] (Rita)

Chama a atenção que, mesmo Rita estando separada do primeiro parceiro há muitos anos, num processo de separação bastante complicado pelo agravante da violência física contra a filha, quando ele fica doente, após anos sem sequer se encontrarem, é justamente ela quem é indicada como a pessoa responsável pelo seu cuidado. E ao contrário do que se imagina, ela toma para si esta responsabilidade, força da concepção de mulher como cuidadora, não importando suas condições financeiras ou afetivas para o desenvolvimento desta atividade.

Historicamente atribui-se à mulher esta tarefa. Tanto isto se mostra verdadeiro que a filha, a mesma que sofre a agressão (ou a tentativa de homicídio) por parte do pai, é quem assume os cuidados por este em momento posterior, quando ele não é mais capaz de prover seu próprio sustento em decorrência de seu quadro de adoecimento já bastante avançado.

[...] hoje eu só cuido dele porque é uma pessoa doente,né. Depende de mim pra tudo, uma pessoa que se eu não esquentar o leite e não botar no copo, não bebe. [...] só cuido dele agora, né, porque quando ele tava nessa situação não tinha como eu trabalhar mais, né. Não tinha nem como sair de casa mais, né. Leva pro hospital, e leva pra cá, leva pra lá. [...] Que trabalhar pra fora eu não vou poder mais mesmo, que é uma pessoa que tá

doente, tem que levar pra lá e pra cá. A primeira vez que ele ficou doente, depois do tratamento, com nove mês parece que ele não tinha ficado doente de tão bem tratado que ele foi. [...] ele ficou doente, menina! Eu dava banho nesse homem, eu fazia a barba, eu penteava o cabelo dele, perfumava ele, botava roupa limpa, levava no sofá, e trazia na cama. E as visita que chegava: nossa! Muito bem cuidado. [M2] (Rita)

O mesmo ocorre com as outras mulheres do presente estudo. Rita, a despeito de toda a mágoa que ainda guarda do companheiro em razão dos relacionamentos extraconjugais do parceiro, permanece no cuidado e refere o orgulho de cuidar e ser reconhecida por fazer um bom trabalho.

Só falo de largar dele [...] É eu que tenho que ficar ali, é eu. Eu ficar ali, aí tem jeito, ali eu dou calmante, você dá seis horas que ele dorme a noite inteira, você cuida dele. Ah, mas eu já falei pra ele que eu... Eu vou ficar cuidando dele até na hora da morte. Até na hora da morte. Não vou abandonar, não vou, não vou largar [...] ele não aguenta mais, então a gente tem que cuidar, né. Mas isso daí, ai, cansa, hein. [...] E foi uma vida e uma vida gostosa, antes dele ficar doente. [...] É, e agora cuidar dele, vamo cuidar dele. Cuidar dele, queira ou não queira. [...] Ah, fiquei contente de ter essa vida, mesmo que eu não lembrava da doença. Aí ele criou o [nome do filho], ele ficou doente e eu to com ele. Não é verdade? É isso. Agora aqui é ter muita paciência, né. [...] vai ficar lá até na hora da morte. Com certeza. (Carolina)

Mas se chegar no outro dia ele me agredir, não tem problema, eu cuido dele a mesma coisa: ai, bem, eu fui rezar, pedi pra Deus abençoar você, e só aquilo lá. Então e só vo cuidando dele [...] eu vou ser vitoriosa até quando Deus levar ele. Pra cuidar dele eu cuido, com o maior prazer. Tem que cuidar dele até na hora da morte. Mas é assim mesmo, a vida é assim mesmo. [risos] continuar assim mesmo, cuidando dele. [...] vamo cuidar dele sujo, fedendo, e vo cuidar dele, vou. Vou cuidar dele. (Carolina)

E faço tudo de novo, sabe. Se Deus o livre guarde acontecer eu vou fazer tudo de novo. Mas que eu sou... sou magoada eu sou. (Rita)

Carolina afirma que a pessoa que tem que ficar ao seu lado é ela. Elas não se permitem renegar esta função nem reclamar pelo acontecido. Aceitam resignadamente o “cargo” que lhe fora atribuído, como natural, até a hora da morte, Apesar da situação de violência vivenciada. Não possuem, contudo, qualquer rede de apoio para o fazerem. Embora façam parte do território de uma Unidade de Saúde da família, parecem apartada de todo o suporte que esta unidade poderia oferecer.

Assim, vemos que a ruptura com o uso de bebidas alcoólicas, embora fosse aspiração anterior ao adoecimento, somente acontece quando se encontram em situação limite com o agravamento das condições de saúde a aproximarem-se à morte.

Com as políticas públicas, mesmo as de saúde orientadas pelo neoliberalismo desde a década de 1970, Rosa (2003) lembra que muitas funções anteriormente assumidas pelo Estado

são hoje delegadas à família. Assim, à família é atribuído o papel de cuidadora sem que necessariamente sejam identificadas suas condições para assumir este papel, e, caso não exista por parte do serviço de saúde um suporte para a realização desta atividade, sobrecarrega-a com várias tarefas para as quais não se encontra preparada, entre elas, a responsabilidade por algum membro da família que necessite de cuidados. Esta sobrecarga pode representar ainda maior fator de risco à saúde mental dos familiares cuidadores.

De acordo com Dalla Vecchia e Martins (2006), quando um dos integrantes da família adoece, pode haver dificuldades para o familiar em compreender o tratamento. Referem ainda que equipe de saúde apresenta não raro, dificuldades quanto à abordagem da família em dissonância com o pressuposto da própria Estratégia de Saúde da Família, o que expressa necessidade de trabalho planejado em relação à sua abordagem.

A meta da saúde na ESF é assegurar atendimento integral em nível coletivo, e isto inclui um olhar atento à unidade familiar que se mostra em processo de adoecimento conjunto. Para tanto, prevê intervenções em nível preventivo, terapêutico ou reabilitador, baseada na participação ativa e funcional da família nesse processo. Além de procurar compreender os determinantes para o adoecimento familiar, busca-se entender como a família tem enfrentado as dificuldades decorrentes destas e quais seriam as estratégias que auxiliariam no seu processo de reabilitação.

Embora em muitos casos a família se apresente como fonte de apoio e suporte, e de cuidador para com os familiares em adoecimento, surge outro elemento que se mostra ambivalente. As mulheres relataram sentirem-se abandonadas afetivamente pelos companheiros em relações marcadas pela frieza, muitas vezes associada ao sentimento de solidão.

[...] eu falei assim: bem, se fosse eu, que tivesse dado um derrame em mim, aí, eu tava largada aí, vamos supor, eu não andava mais, você cuidava de mim? Não. Falei: você ia arranjar outra mulher? Eu esticadona aqui com derrame? Ele fez assim [sinal positivo com a cabeça]. Você ia arranjar uma mulher mais bonita do que eu? Ele fez assim. Ah, você não ia cuidar de mim se eu tivesse com derrame? Ele falou não. Falei: tudo bem. Valeu, valeu... Foi isso [riso] que se fosse eu com derrame eu tava onde? No asilo. E ele falou pra mim que ia arranjar uma mulher mais bonita ainda. (Carolina)

Falei: não, seu juiz, vai ficar lá até na hora da morte. Com certeza. Eu não vou mandar ele embora. Depois o remorso é de quem? Carolina. (Carolina)

Elas embora apontem que fariam tudo novamente, parece que não teriam a contrapartida caso estivessem adoecidas ou precisassem de cuidados.

C) As tentativas de enfrentamento ao alcoolismo e à violência intrafamiliar.

Diante de todo o contexto que se impõe às famílias até o momento, as mulheres utilizam-se de diferentes estratégias de enfrentamento do alcoolismo e da violência intrafamiliar. Um dos núcleos de significação que ilustra este tema esteve relacionado a:

C.1. *Permanecer na relação: ruim com ele, pior sem ele.*

A manutenção do relacionamento frequentemente é compreendida como indício de que se “escolheu” esta condição, mereceria mesmo sofrer as agressões, visto que se continua com o companheiro é porque gosta. Por que não se separa? Questões como esta parecem ser frequentemente apresentadas às mulheres em situação de violência.

[...] então ele me agride. Eu falei: você pode me agredir, que eu vou largar você. Só falo de largar dele [...] eu acho que eu tenho que conversar é com a médica, psicóloga, que ela vai me falar o que que eu faço o que que eu não faço, e as vizinhas vai falar pra mim largar.[...] Larga! Larga, larga dele. Você é tonta? Você é bonita, você é nova. Não é isso que ia falar de mim? Não é isso que ia falar pra mim? (Carolina)

O que é esperado socialmente e apontado como perspectiva de solução do problema por quem acompanha de fora é, a partir das falas, a divisão familiar. A ameaça de deixar o parceiro está posta e faz parte das reflexões de Carolina. Porém, identificamos que existem motivos diversos que contribuem para a permanência na relação, que veremos adiante. Além do mais, seria demasiado simplista acreditar que se fácil assim o fosse, as mulheres já não o teriam resolvido.

A divisão familiar é assinalada, tanto pelas pessoas que acompanham a situação, quanto pelas próprias mulheres, como uma via capaz de finalizar com o sofrimento.

[...] num deu pra viver porque ele era muito ruim. Bebia, maltratava muito, aí chegou uma hora que teve que separar, sabe? [...]Aí quando ele fez isso com a menina [agressão física com uso de faca] eu não aguentei ficar com ele mais. Aí eu separei quando ele começou a ficar muito ruim mesmo, que não tinha mais condição. [M1] (Rita)
Dei mais uma chance, mas mesmo assim conti... Continuou. Mesmo assim continuou. Falei assim: eu não vou voltar atrás, a minha palavra é uma só. Eu não vou passar vergonha de novo e voltar no juiz. Aí continuou fia. (Iolanda)
Nós ficamos separados judicialmente, me divorciei, fiquei 13 anos divorciada, né, entre essas separações. (Bárbara)

Para todas as mulheres a separação era compreendida como saída para a situação na qual estavam inseridas. Todavia, Rita e o primeiro parceiro separaram-se após a ocorrência de

grave agressão contra a filha. Para Iolanda e Bárbara, os momentos de separação dos companheiros chegam a acontecer e, embora Bárbara se refira a este período longo de divórcio, o distanciamento na realidade acontece por pequenos períodos. Por inúmeras vezes o parceiro sai de casa, mas retorna em seguida, com a promessa de mudança⁵⁰. Os relatos abaixo referem o quanto os personagens do entorno social exercem pressão quanto à atitude a ser adotada por estas mulheres:

[...] eu acho que eu tenho que conversar é com a médica, psicóloga, que ela vai me falar o que que eu faço o que que eu não faço, e as vizinhas vai falar pra mim largar. [...] Larga! Larga, larga dele. Você é tonta? Você é bonita, você é nova. Não é isso que ia falar de mim? Não é isso que ia falar pra mim? Não falo nada da minha casa do que acontece não. [...] Não, não conto não. Não que vai dar um mal exemplo, né. Larga dele, põe num asilo, se eu fosse você ponhava no asilo. Com certeza, que tem isso daí. [...] A pessoa não ajuda. Né? Podia falar: não, ele ta doente, tem que ter calma, paciência, né. Isso aí não foi falado, foi falado pra mim largar dele. Não largo dele não. Tcs, tcs, tcs. Não largo. Porque pra mim separar dele é isso aí, vender a casa e por no asilo. Mas isso daí eu não quero. É, veio a assistente social lá, o juiz lá. Falou que se não dá certo tem que por no asilo. Vender minha parte. (Carolina)

[...] eu conversei com o meu advogado, ele falou assim: ah, não, Dona Rita, não faça isso não. A senhora já segurou até agora, nós sabe o que a senhora já passou duas vezes com esse homem na cadeira de rodas. Eu falei: ah, Dr., mas eu não sei se eu vou aguentar. Ele falou: aguenta sim. (Rita)

Porque as minhas irmãs mesmo, essa a [nome da irmã], ela falava pra mim assim que eu não tinha vergonha na cara, sabe, porque meu marido bebia, ia embora. Ele parava de beber eu aceitava. Porque isso não aconteceu uma ou duas vezes, foram várias vezes. Mas só que ninguém conseguia entender porque que eu fazia aquilo. (Bárbara)

De fato, os conselhos e recomendação são baseados em valores sociais sobre a forma como o desfecho de tal situação deveria tomar. Denotam, ainda, visão polarizada que considera apenas as possibilidades que se encontram nos extremos, baseada em decisão representada por duas únicas possibilidades: ou suporta a situação ou rompe a relação.

Nessa perspectiva não há sequer reflexão sobre possibilidade de ações ou intervenções que possam reverter a situação e beneficiar a família. Porém, cabe-nos procurar captar quais seriam os significados sociais que orientam a ação para a permanência na relação.

Ah, porque eu acho que, aí, a família é a estrutura do mundo. Sabe? Pai, mãe e filho. Eu acho que não pode ser mãe com filho, ou pai com filho, sabe. Eu acho que tem que ser família. [...] eu acho que o casal se separou, os filhos não tem como não se desestruturar nessa história. Eles sentem, a

⁵⁰ Walker (1997) entende que a violência contra a mulher obedece a um ciclo do qual fazem parte três fases: Aumento da Tensão, Ataque Violento e Apaziguamento. A primeira fase, de acordo com o autor, é caracterizada pelo aumento da tensão que resultam em frequentes e pequenos incidentes de violência. A segunda fase é marcada pelo incidente agudo da violência em que ocorre uma incontrolável descarga de tensão acumulada na primeira fase e pela falta de controle. A terceira fase corresponde ao apaziguamento, período de calma incomum e de promessas de transformação e reconciliação. (WALKER, 1997, citado por CORTEZ, 2009).

criança não sente a separação de um pai, de uma mãe? É impossível você não sentir. Então eu sempre achei muito importante meu marido perto dos meus filhos. Então por isso que toda vez que ele saía de casa ele voltava, ele voltava, ele pedia pra voltar e prometia que não ia beber mais eu aceitava. (Bárbara)

Uma semana que eu conheci ele eu fui. Peguei minha mala, a minha roupa. Eu só tinha essas coisas. [...] O [nome do filho] falou: ai, mãe, não vai dar certo. Eu falei: vai. Eu quero ter uma família, né. Eu falei: você obedece que é uma família agora, hein. [...] Ele chegava a casa limpinha, e tomava banho, ele tomava banho, ele queria janta, ele queria assistir televisão, era uma coisa gostosa, nossa, até eu não queria ir pra rua. [...] Eu falei: ele, o seu pai, é seu pai, ele é meu marido agora [...] falei pra ele: ele é seu pai. (Carolina)

Apesar de toda a sorte de dificuldade que Bárbara enfrentou, talvez o maior desafio consistia em manter o ideal de família que ela possui. Acreditando que a presença do pai refletiria de forma positiva na educação dos filhos, dedica-se à tarefa de manter o companheiro no lar. Evidente que não estamos descartando a relação afetiva que contribuía para a pretensão de manter os laços com o parceiro, mas o significado social que se refere à importância da manutenção do modelo de família nuclear burguesa é bastante forte.

A falácia das famílias “desestruturadas” e o terrível resultado sobre seus membros assombram as mulheres e corroboram para evitar a cisão entre o casal. Carolina também via na constituição de uma família a presença invariável de um pai. Somente na tríade mãe-pai-filho uma família poderia estar completa. Não são consideradas “normais” famílias com outras composições. Embora saibamos que majoritariamente as famílias apresentam arranjos que diferem deste, ainda há grande impulso em normatizar tais composições familiares. Há ainda um sentido pessoal que potencializa o significado social de família presente na história de Bárbara, reificando a necessidade de manter o padrão familiar aceito socialmente como “estruturado”:

[...] eu perdi meu pai muito cedo, com 15 anos, que apesar de tudo, ele era um bom pai. Ele não foi um bom marido, mas ele foi um bom pai. Então eu vi a falta que meu pai fez. [...] Eu acho que quando você não tem a presença de um homem dentro da casa as pessoas não respeitam. Eu acredito nisso. Porque eu senti na pele isso daí, sabe. O meu cunhado tentou me estuprar quando eu tinha... 15 anos. Logo depois que o meu pai morreu. Mas não conseguiu. Mas aos 16 anos eu fui estuprada. [...] eu acredito que se meu pai estivesse comigo naquela época não teria acontecido [abuso sexual], sabe. Eu acho que talvez eu não tivesse, eu tivesse ou... Porque eu morrida de medo do meu pai, muito medo. Então talvez eu não tivesse chegado ao ponto de acompanhar uma pessoa, entrar no quarto dele, sabe. [...] Sabe, porque ele estaria lá pra me proteger, sabe. E eu não tive isso, sabe, eu não tive a proteção de um... De um homem, sabe que coloca respeito, sabe. (Bárbara)

Bárbara constrói crenças e valores sobre o papel de pai para a educação dos filhos que preponderantemente refere-se às suas experiências o que define sua história. Este ponto explicita uma contradição existente entre o ideal de família e o que se objetiva na sua concreticidade

sabe, eu não tive a proteção de um... De um homem, sabe que coloca respeito, sabe. Então talvez tenha alguns homens por aí que não tenha nem condições de dar isso, sabe. Tem uns pais por aí que talvez não tenha estrutura. [...] Ah, que nem o meu marido mesmo, sabe. [...] meu marido mesmo, ele não tinha moral, sabe, pra um dia falar pros meus filhos: ó, você não pode beber. Olha, você não pode isso, você não pode aquilo, porque ele fazia tudo isso, né. Ele fazia tudo ao contrário. [...] meus filhos fala, falam pra mim: mãe, nós somos o que nós somos por causa da senhora, não é por causa do meu pai. Se nós tivemos um bom exemplo, se nós tivemos bons conselhos, foi a senhora que deu. Porque no período mais crítico né, que eles precisavam... da adolescência, né. Assim, da... Da... Infância até adolescentes é o período inteirinho que meu pai... que meu marido bebia. [...] Então eles não tiveram pai. Eles não tiveram assim um pai pra dar um bom exemplo pra eles. [...] porque na época meu marido não tinha condições. Sabe, falasse assim o meu marido é um bom exemplo, meu marido sabe como que tem que educar um filho. Porque nem ele, ele não se dá ao respeito, bebendo daquele jeito como que ele ia exigir o respeito dos filhos? (Bárbara)

Apesar de toda a sua determinação em manter a unidade da família, Bárbara percebe que o companheiro não foi capaz de desenvolver o papel que segundo ela lhe cabia. Conflitam, desse modo, a concepção ideal de família com a sua real configuração. A permanência nessas relações se justifica pelo anseio de pertencer a uma família que se enquadre no modelo de família (nuclear burguesa) aceita como possibilitadora de desenvolvimento afetivo, emocional e de caráter dos filhos. Por esse entendimento, mesmo incorporando fatores que denotam a incompatibilidade das expectativas sobre o que é esperado socialmente, busca pela reprodução de papéis que são cristalizados.

[...] a Dra. [nome da médica] falou assim, olhou nele, olhou em mim e falou assim: Dona Rita, a senhora gosta muito do seu [nome do parceiro], né. Aí eu falei assim: por que, Dra.? Ela falou: olha, tiro o chapéu pra senhora. Esse homem vem muito limpo, muito limpo mesmo. Daí eu peguei na frente dela e da filha dele, falei: não, Dra., quem come a carne roi os ossos. [M2] (Rita)

[...] que era quatro criança. Eu pensava assim ó: como é que eu vou pra cidade com quatro criança em ter onde morar? Então eu fui aguentando, né. Fui aguentando. [...] Eu olhava nas crianças e tudo pequenininho, e eu pensava: eu tenho que acompanhar ele, né. Então eu fiquei na mão dele, assim, o que ele falava tava bão. [M1] (Rita)

[...] aquele negócio, eu pensava assim: ruim com ele, pior sem ele. Se eu correr o bicho pega, se eu ficar o bicho come. Meus filhos pequenos, e eu sem uma profissão, sem estudo, sem nada. Então eu ia aguentando, enquanto eu podia. (Bárbara)

Nos depoimentos verificamos um movimento que incorpora concepções bastante difundidas sobre a relação conjugal. Rita salienta apesar do sofrimento, é necessário manter-se no relacionamento até o fim, mesmo que a duras penas, fundamentado pela máxima “ruim com ele, pior sem ele”. Relata que no primeiro relacionamento encontrava-se em situação de domínio por não encontrar saída possível naquele contexto, à situação que se apresentava.

No mesmo sentido, Bárbara lança mão de significados semelhantes em que, sem condições objetivas de romper com a situação, nada lhe resta a não ser conformar-se, pelo menos naquele momento. Às condições que estão postas, não são vislumbradas alternativas, corroborando para ações adaptativas do sujeito aos imperativos da vida.

Carolina acrescenta:

[...] se eu for largar de você, eu vou apanhar de outro. [...] Nessa parte, se eu já to com ele, é daquele jeito que eu vou viver, agora se eu for com outro homem, gente, largar meu marido aqui e eu ir com outro homem e meus filhos me desprezando, coisa feia. [...] (Carolina)

Algumas mulheres presenciaram tal conjuntura com pais que também foram alcoolistas e havia também em sua família de origem violência intrafamiliar. A experiência de Rita com os dois relacionamentos conjugais reforça sua concepção de que esta condição poderá se repetir. Desse modo, a simples troca de um parceiro por outro não implicaria, em sua concepção, em mudanças significativas do ponto de vista das relações.

Acreditam, assim, que manter-se como parceiro que já conhece e é pai dos seus filhos configuraria na escolha mais acertada. A história pregressa contribui para acreditar que outros modos de se relacionar não são possíveis e a ausência de projetos de vida mantém os sujeitos na reprodução dos modos de existência produzidos até então.

Carolina ainda apegar-se à representação de que mulher que se separa é mal vista, vítima do desprezo. Além do mais, apresenta ainda outros motivos que a fazem ponderar:

E foi uma vida e uma vida gostosa, antes dele ficar doente. [...] Era aquela vida gostosa. Mas só que a doença pegou nós. E eu não sabia que eu ia ter esses problemas. Eu falei: ai, eu não vou ter problema não. Ele tava bem de saúde, tava bom: ah, nós vamo ter muita saúde ainda, né. Eu pensei, mas eu não lembrei na doença. Quem ia lembrar da doença? Eu não lembrei não, lembrei de muita coisa gostosa [risos]. [...] Ah, fiquei contente de ter essa vida, mesmo que eu não lembrava da doença. Aí ele criou o [nome do filho dela], ele ficou doente e eu to com ele. Não é verdade? É isso. Agora aqui é ter muita paciência, né. Mas ta bom [risos]. (Carolina)

Fiquei com dó dele, né. Fiquei com muita dó dele. Sentou no sofá, abaixou a cabeça: então você não quer mais eu? [...] peguei e fiquei com dó do homem. Peguei fiquei com dó do homem [...] Que loucura! (Rita)

[...] eu não... eu não posso jogar ele pra rua. [...] Elas [filhas dele] falou assim: a senhora joga numa casa de repouso que nós não quer. Joga numa casa de repouso [...] que ele não merece [...] eu vou jogar esse homem na

rua? Não tenho coragem, que é doente, né. [...] Eu encontrei ele com saúde, hoje ele é doente, eu vou cuidar dele. [...] vão dizer assim, as irmã dele, as irmã dele gosta muito de mim, o irmão dele mais velho, vai dizer assim, nossa, Rita desprezou [nome do parceiro] porque ele ficou doente, né. Se ela já segurou até agora... (Rita)

Ter vivido com o companheiro quando ainda havia saúde parece ser um aspecto que mobiliza a decisão de manter-se no relacionamento. Dessa maneira, o esperado agora é que na doença ou na velhice, elas permaneçam ao lado dos parceiros. Assim como no juramento bíblico do matrimônio, concebem que o casal deve permanecer unido até a morte, visto que não haveria a dissolubilidade dos votos. Embora nem todas as mulheres tenham realizado votos matrimoniais em cultos religiosos, predomina a concepção do casamento com suas regras, normas e valores que devem ser preservados.

Os discursos remetem a sentimentos que ora associam-se a gratidão por terem cuidado dos seus filhos, e manter-se no matrimônio se configuraria como uma forma de compensação, ou à pena de romper o relacionamento com companheiro. Por encontrarem-se os parceiros agora adoecidos, acreditam que os familiares e outros julgariam seus atos como cruéis, apesar da situação complexa que vivenciam:

Mandar ele embora eu não vou ter coragem de fazer isso. Que bem que merecia, mas eu não vou ter coragem. [...] porque eu não tenho [coragem], né. Eu tenho, eu sei que ele é uma pessoa doente, né. [...] Ele é uma pessoa doente. Só não é doente pra fazer coisa errada, mas pra essas... Ele é uma pessoa doente. É uma pessoa que não sabe resolver a vida. Ele não sabe mais resolver a vida sozinho. E eu sou uma pessoa nervosa tudo, mas eu sei né, o que é bom e o que é ruim, né. (Rita)

A primeira razão da servidão, tanto no lar como em outros ambientes se daria, segundo La Boétie (1571/s/d), porque se cria um ambiente de mistério com relação ao opressor: ele não era assim. Relatos presentes nas retóricas das entrevistadas reafirmam: “ele era uma pessoa boa”, “ele cuidou do meu filho”. A obediência pressupõe devoção, que acaba retirando qualquer possibilidade de reflexão sobre a questão da liberdade. As mudanças vão acontecendo até o ponto de o indivíduo negar-se a si mesmo e se sujeitar a condições que nenhum outro momento ela aceitaria.

La Boétie afirma a existência de uma servidão consentida. Esta servidão, segundo o autor, consiste em uma relação que vem amparada, travestida de uma série de justificativas: “porque agora ele está doente”, “é uma pessoa boa”, etc. e que colaboram para a manutenção desta servidão que seria, de certa forma, consentida. Diante disso, há um impedimento para que os indivíduos possam perceber que nesta relação entre homem e mulher, tem instituída uma relação de poder. Poder este que pode ser considerado frente às diferenças biológicas (o

homem tem mais força física, voz mais grossa) ou mesmo relacionado aos papéis cristalizados de homens e mulheres, poder porque era este que trazia o sustento à família, era o provedor, e quando perde esse lugar de provedor.

Quando se depara com as mudanças, como quando a mulher sai para o mercado de trabalho e não se restringe mais ao ambiente doméstico exclusivamente, o homem pode não encontrar recursos alternativos para lidar com estas questões. Entra em cena o embate de interesses, o confronto na tentativa de retornar ao poder, à zona de conforto que imperava em momentos anteriores.

Apesar de assumirem permanecer na relação, vemos que outro núcleo de significados emerge:

C.2. A raiva expressando as mudanças afetivas e a emergência de sentimentos negativos nas relações

As mulheres relatam, neste núcleo, os sentimentos, emoções, afetos referentes a condição objetiva de vida:

Depois ele me agredindo, me agredindo, me agredindo e então eu peguei... peguei, como que fala? Ódio, raiva dele. (Carolina)

[...] antes dele ma... fazer isso com a menina a gente dormia junto, tudo certinho. Mas depois não, aí não, aí acabou tudo. [...] Acabou tudo, porque aí me fechou. Que eu tinha só mágoa, mágoa, mágoa, mágoa.[M1]. (Rita)

Pedi perdão, que não ia fazer nada mais. Eu falei: não, não tem mais perdão, que a gente não confia mais, né. [...] Só que eu que fico nervosa. [...] Isso aí que tá acabando comigo. É só isso que tá me deixando triste. [...] Porque que tem que entrar essas coisas pra atrapalhar a gente? Então isso me entristece, né. Me entristece, me entristece. [...] mas escuta se não dá [angústia]. Você não tem um companheiro, você não tem um carinho, e ... Né, é duro. Né, não é fácil. [...] a gente sente tristeza, né. Não era o que eu queria. [...] o que me angustiou foi a sujeira de muié, né. Mas é difícil é, é difícil. [M2]. (Rita)

Eu cheguei a comentar com a Dra, com a Dra [nome da médica]: hoje, se ele morrer hoje pra mim não faz a menor diferença. Não faz a menor diferença porque eu não aguento mais tanto sofrimento. Não aguento mais. Acho que essa depre... Depressão minha acho que era tudo isso, viu. Muita assim, muita ansiedade. Tô sossegada agora. Mais tranquila, nossa, é um peso que tirou da minha cabeça, viu, fia. Um peso. (Iolanda)

Que é esse meu problema. Ai, eu queria ter um marido. Nem que fosse um catador de... De... De latinha. Ai, bem, você fez quanto hoje? Né? Mas nem isso posso perguntar. Faz 15 anos! Que eu... Que eu não sei o que é marido. E isso me deixa agoniada. [...] Mas não tenho amor. Mas não tenho amor. [...]. Então essa agonia vai ficando aqui, né.[...] Que eu penso, né, de ter um casamento, né. Ai, bem, eu to com dor, você não podia dar um remédio pra mim? Ai, hoje eu to com uma agonia, bem, não sei o que que é isso. Ele vai falar: você vai no médico, bem, vê o que que é essa agonia sua. Ah, isso que eu queria, né. Eu queria ter um marido, marido. Pra compartilhar, né

[...] eu queria ter uma vida [...] Essa agonia, quando dá essa agonia, eu saio pra fora, ela passa. Mas eu queria ter, eu queria que o meu marido me entendesse e eu entendesse ele. (Carolina)

Convém atentar aqui para os diversos sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico apresentados pelas mulheres. Carolina evidencia que diante da vida que tem levado com o parceiro na presença do alcoolismo e de situações de violência, os sentimentos que tem desenvolvido por ele perpassam pela raiva e pelo ódio. Rita coloca a mágoa que se instala pelo primeiro companheiro e a tristeza pela forma como o relacionamento tem acontecido no segundo casamento, tem gerado o que denomina de angústia.

Por outro lado, percebemos que as falas se aproximam no sentido em que colocam que aquele modo de viver não se constituía nem de longe do que desejariam para si. Isso fica claro nos trechos: “*eu queria ter uma vida [...] Que eu não sei o que é marido. E isso me deixa agoniada. [...] Mas não tenho amor*” de Carolina e “*escuta se não dá [angústia]. Você não tem um companheiro, você não tem um carinho*” de Rita.

A síntese feita por Iolanda dá a dimensão de quão esgarçados estavam os laços afetivos com o companheiro, a ponto de concluir que a sua morte não diferia em absoluto de ele estar vivo. Pelo contrário, pode-se pensar que se constituiria em alívio ao seu sofrimento. O que indicam é que se sentem sozinhas e a solidão é apontada ainda por outros relatos ainda mais enfáticos:

Eu tive muitas noites que eu não dormia e chorava. Porque eu me sentia muito sozinha. Esse que era o meu maior problema, sabe, eu me sentia muito só [...] eu me sentia muito sozinha. Esse que era o meu maior problema, sabe, eu me sentia muito só, muito assim [...] não tinha quem me apoiar e ainda por cima meu marido bebia daquele jeito, me fazia sofrer. Porque eu sofria muito com isso. E o pior de tudo isso, eu não tinha em quem me apoiar. [...] Sabe, ninguém me estendeu a mão. Então esse foi o pior, assim, a pior coisa pra mim. Me senti sozinha. Sozinha. Eu pensava assim, é eu e Deus. Mais ninguém. (Bárbara)

[...] na época eu pensava muito, eu falei: mas pra onde que eu vou com quatro filhos, meu Deus? Pequeninhos. (Rita)

A solidão não representa necessariamente estar longe das pessoas, mas se sentir solitária mesmo estando em meio a muitas pessoas. A relação que se apresenta remete ao fato de se encontrarem sem suporte social uma vez que identificam não poder contar com familiares e/ou amigos, além da ausência de apoio no próprio ambiente familiar. Diante do panorama apresentado pelos relatos, descrevem como se sentem ou se sentiam:

[...] porque quando eu tava no mato parece que era que nem bicho. O que ele falava eu aceitava. Você ta entendendo? Sabe, parece que assim, tudo... Eu olhava nas crianças e tudo pequenininho, e eu pensava: eu tenho que

acompanhar ele, né. Então eu fiquei na mão dele, assim, o que ele falava tava bão. E ali, que nem burro. [...] e esse homem judiando da gente, só lenheiro, lenheiro, lenheiro. O fogão era uma tripinha lá no chão, aqueles... Menina, era vida de bicho! Era vida de bicho. [M1]. (Rita)

Eu queria ter uma vida [...] eu queria ter um marido. Eu queria lavar a roupa dele, aí, bem você chegou, aí, me dá um beijo. Bem, essa roupa tá boa, tá passada? Bem você quer janta? Aí que comida gostosa! É isso que eu queria ter na minha casa! Depois desse... Depois desse tempão aí, minha filha... Então eu queria ter um marido assim pra... Pra partilhar, né. Né? Mas não tem. Como que eu vou falar? Bem, eu falo assim pra ele: bem, a comida tá gostosa? Tá, tá. Você gosta de mim? Não. (Carolina)

Não é a vida que eu queria, eu queria ter um companheiro, sair, passear, chegar em casa junto, partilhar os problemas, né. É, não é o que eu queria, né. [...] a gente fica angustiada por isso, né. [M2]. (Rita)

Carolina e Rita expressam em seus relatos, a intenção de ter um companheiro com quem compartilhar as coisas da vida. Rita revela que em outro momento de sua vida, ansiava pela sua liberdade. É impedida, contudo, por se encontrar numa condição de dependência do primeiro companheiro, e chega a comparar com a vida de bicho a vida que levava. Não possuía autonomia sobre sua vida, motivo que impeliu a permanecer sobre o domínio do parceiro. Concluem que isso não é vida. Pelo menos não a que queriam ter, a que acreditam ser possível ter. É o que Sawaia (1995) chama de “tempo de morrer”, caracterizado pela “falta de recursos emocionais, de força para agir e pensar e pelo desânimo em relação à própria competência”. Resume-se, desse modo, em conceber que nada pode fazer para transformar a sua realidade. É o que a autora chama de “cristalização da angústia”. (p. 159).

Frente à violência sofrida, há relatos que descrevem as formas que encontram para lidar com a questão. Carolina aponta que tenta impedi-lo com argumentação e contenção física:

Eu falo assim, ó: aí, bem, aí, doeu. Não bate em mim não, calma. Não bate em mim não [...] eu só seguro na mão dele aqui: não, bem, calma, não me bate não, você me machucou, né. (Carolina)

Noutro momento, revela sentir raiva:

Depois ele me agredindo, me agredindo, me agredindo e então eu peguei... peguei, como que fala? Ódio, raiva dele. (Carolina)

A reação aos atos violentos geram sentimentos diversos, estando presente a raiva, o ódio e acompanhado destes sentimentos vem o desejo de reação contra o companheiro:

Eu falei: [...] eu não posso perder a cabeça e matar, que se eu matar ele eu vou presa. [...] Eu não sou assim de... Empurrar ele... Meter o cacete nele, eu não sou, eu não faço isso não. Bater não é comigo. Eu falei pra [nome da filha]: tudo tem a hora. [...] Aí, vontade de bater nele, vontade de pegar e bater nele. (Carolina)

Aí ele [inaudível] minha cara e deu um tapa. Eu tirei o chinelo e dei duas no braço nunca mais ele veio. Que eu tava revoltada, né. Por isso que eu falo

pra você, ó, a gente quando a gente vê na televisão ah, a mulher matou o marido [riso]. Às vezes a gente fica pensando, às vezes numa hora dessas, mata! [riso] Não é verdade? Quando eu vi, eu já tinha dado duas [riso]. Nunca mais. [...] Nunca mais ele ameaçou bater em mim. [M2]. (Rita)

Rita mostra que diante da agressão, investe na reação que também é violenta. Para rebater a ação do companheiro, demonstra que também tem força, não somente física, mas força de quem tenta resistir à opressão e não deixar-se dominar, mas nem sempre obtém êxito. Carolina e Rita se referem à vontade de matar, e a segunda refere que seria de se entender os motivos de uma mulher que fizesse morrer o parceiro. Carolina, ao não reagir como Rita, reporta-se a outra ação e explica:

Porque ele fica nervoso e me agride, e me dá uma raiva, e eu como, como tudo que tiver direito. [...] Eu guardo tudo dentro do meu coração, ele me agride, eu guardo no coração, eu não xingo, eu não... Não tenho como me defender, não tenho... É... Não quero agredir. Isso aí eu não posso fazer nem pensar. Tem as vezes que eu quero agredir ele, na minha cabeça, sabe, eu falo: ah, não, agredir vai ser pior pra mim, que eu vo ta batendo nele. Falei: para, bem, para, né, fica quieto.[...]que eu não sei xingar, que eu não sei responder, que eu não sei falar pra ninguém, eu não sei discutir com ninguém, é tudo aqui dentro, é tudo aqui dentro[...].Eu vou comer. Eu não agrido ele, então eu vou no pão, eu vou no macarrão, eu como tudo. [...] Ah, que dá vontade de bater dá. Falei pra ele que eu vou bater nele ainda. Falei um dia pra ele. Eu vou te bater. Eu vou te bater. Saí correndo que se não ele me bate. (Carolina)

A reação às agressões sofridas se volta em mais agressão contra o seu corpo, pois como pessoa com diabetes, a ingestão de determinados alimentos pode aumentar os níveis glicêmicos e causar complicações à sua saúde. Carolina, aparentemente, parece não dispor de recursos ou habilidades que a auxiliem a reagir contra a violência sofrida, e investe na satisfação de outra necessidade básica: a alimentação. Pode indicar este fato que substitui uma forma de satisfação por outra que lhe de prazer.

De todo modo, ela revela que ao não possuir subsídios para resolução dos problemas, não encontrar meios para expressar seus sentimentos, os mantém internamente. Entretanto, ao não encontrar maneiras para expressá-los, sente-se mal. As questões relacionadas à expressão de sentimentos e a afetividade vão sendo inseridas e nos permitem avaliar a dimensão de como a relação entre a violência e o alcoolismo vão se configurando na vida e na saúde das mulheres. Estes pontos serão abordados posteriormente.

[...] que ele me agrediu foi na... No... Na porta, no meu portão, que ele me agrediu perto dos homens que foi lá passando lá [...] mas agrediu eu, ali perto deles [...] Eu falei: ó, isso aqui é entre eu e ele. (Carolina)

Diferente das demais mulheres, Carolina a todo tempo reifica como é, além de ser violentada, passar por isso diante dos olhos dos outros. E lança mão da máxima: “em briga de marido e mulher não se mete a colher”.

Rita acrescenta o sentimento de vergonha que acompanha a mulher em situação de violência.

Sempre teve. Sempre teve [agressões]. Toda vida. Do nada, uma vez ele me machucou tudo aqui, ó [mostra o rosto], ficou o lábio desse tamanho que eu tinha marcado uma operação na UNESP. Eu ainda tive que inventar uma coisinha lá que eu tava no banheiro e me machuquei tudo. Mas não foi, né, porque eu fiquei com vergonha, né. Sempre teve muitas coisas. [M1]. (Rita)

É possível que a vergonha perpassasse por significados construídos socialmente pelos quais a mulher não deseja se associar, qual seja ser identificada pela comunidade e/ou grupo social como a “espancada”. Nesse sentido, disposta a não revelar o motivo dos hematomas, trata de buscar subterfúgios que a auxiliem a acobertar a questão. Mesmo ferida, no mínimo do ponto de vista físico, as mulheres encaram o problema de forma individual, e falar sobre o assunto não está posto. Pelo contrário, a ação é voltada para o mascaramento dos hematomas e o acobertamento da violência, permitindo que os atos permaneçam ocorrendo.

Na maior parte das ocorrências, e por diversos motivos, alguns já apontados anteriormente, as mulheres apresentam-se bastante ambivalentes no que se refere à ação de denunciar. Dessa forma, anunciamos o núcleo de significações que trata desta questão:

C.3. O acionamento da força policial abortado pela retirada da queixa

Como observamos, diversos significados colaboram para a manutenção das agressões sofridas em segredo. Em alguns casos, quando as mulheres dispuseram de coragem para a denúncia, a história mostrou que de nada adiantaria:

Até aí eu tava aguentando tudo [...] fui na delegacia fazer a ocorrência, mas nunca ele recebeu uma intimação. Aí eu peguei e fiquei nervosa, depois eu pedi a separação. Aí eu não quis mais ele em casa não. [M1]. (Rita)

*Por isso que eu falo, bêbado é bicho feio, viu. [M2]
[...] ele veio na cara do rapaz assim, mas meteu um murro no rapaz [genro dele]. No genro. Meteu um murro assim, o rapaz de óculos, cortou o nariz assim. [...] ele veio assim e pá, jogou ele no chão. Aí ele correu na gaveta, o [nome do parceiro] correu na gaveta pra pegar a faca, eu tomei a frente, na frente da gaveta. [...] a [nome da enteada] ligou pra polícia, a polícia veio, aí tampou o Sol com a peneira um pouco, coitada. Ela falou assim: ah, a gente só chamou vocês pra nós levar meu pai na UNESP porque ele faz tratamento lá dos nervos e ta meio violento tudo assim. A gente não quer fazer boletim de ocorrência nada. [M2]. (Rita)*

No caso de agressão contra o genro de Rita, a família recorre à tentativa de negar a ocorrência da violência quando há a inserção de outras instâncias como a necessidade de chamada da polícia.

Aí começou agredir eu, eu chamei a polícia. [...] As polícias, né. Já conhece que é nós ali. Quinze anos ali, né. [...] ele me agride, me dá soco, me dá murro [...] Ele falou que eu tenho outro homem. (Carolina)
[...] ele me agrediu [...] quando ele quebrou tudo. Duas vez, que ele quebrou lá, as coisas. [...] Foi por causa da casa [...] Essas duas coisa que teve que chamar a polícia, ele queria vender a casa pra ir embora. [...] ele queria tudo o dinheiro dele. Ele não ia me dar metade. Ele queria pra ele [...] que eu não mereço a metade, mas eu falei: ah, vender a casa, meu Deus do céu. Pensou? Vender a casa? E ele falou assim que queria vender a casa pra ir embora, mas o dinheiro era tudo dele. Eu assinava lá, dava o dinheiro pra ele, tudo na mão dele. [...] Quando eu falei que não ia assinar foi a polícia. Que ele quebrou tudo as coisas lá por causa da casa [...] As das vezes que aconteceu isso daí dele querer vender a casa, o dinheiro, queria vender a casa, assinar, vender pra poder ir embora, né. [...] foi no domingo, eu lembro que ele quebrou o rack, tudo, foi no domingo, e na outra sexta feira que ele queria o dinheiro pra poder ir embora daqui. (Carolina)
[...] fui na delegacia fazer a ocorrência, mas nunca ele recebeu uma intimação. Aí eu peguei e fiquei nervosa, depois eu pedi a separação. Aí eu não quis mais ele em casa não. [...] ele bebeu e veio bater ni mim e deu a... Aí juntou tudo, eu subi lá [no fórum] e aí eu tomei a decisão. [M1]. (Rita)
[...] Não cheguei separar dele, mas cheguei a ir no juiz[...] Fui no juiz num dia, no outro dia o juiz veio tirar ele fora da casa. [...].(Iolanda)

Sem poder contar com mecanismos que as auxiliem na resolução dos conflitos entre o casal, a mediação de tal conflito acaba por ser é desempenhada por agentes policiais ou pela figura do juiz. Embora estes não possuam ferramentas para auxiliar na resolução destes conflitos, do ponto de vista da formação, acabam por serem acionados nos casos de violência intrafamiliar.

Segundo pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2002, apenas 1,33% dos casos de violência física doméstica e conjugal ocorridos em Belo Horizonte foram reportados à Polícia. (ANDRADE, 2008). Pode-se pensar, diante desse dado, que ainda é comum que as mulheres não denunciem situações de violência intrafamiliar. Por outro lado, este número reduzido de denúncias pode consistir em indícios de que outros equipamentos possam estar assumindo o local privilegiado de procura pelas mulheres em situação de violência, como as Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAM), as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, notadamente, a violência física e sexual cometidas por parceiros, ex-parceiros e companheiros.

Ainda com relação à procura pela polícia nos casos de agressões, as chamadas policiais, em grande parte dos casos, correspondem à tentativa de se livrar o mais breve

possível da agressão. O número telefônico da emergência policial é de fácil acesso e a qualquer horário está em funcionamento, além de deslocar seus trabalhadores até o local onde acontecem os atos violentos no mesmo instante. Por outro lado, sabemos que grande parte dos casos de denúncia por violência intrafamiliar não são representados no decorrer do processo, com a retirada da queixa.

A suspensão da queixa, de acordo com Izumino (1998, citado por IZUMINO; SANTOS, 2005) consiste em um instrumento de negociação com o parceiro, com vistas à manutenção, transformação ou dissolução da relação conjugal. Considera a autora que as mulheres desenvolvem diferentes estratégias perante a Justiça, utilizando-a, nesses casos, como instância mediadora para a renegociação do contrato conjugal.

Nesse sentido, as mulheres exerceriam papel ativo na condução dos processos: constroem variadas versões dos fatos e para de alguma forma alterar sua situação, ou seja, se não há mais a intenção de que o companheiro seja punido, apresentaria nova versão dos fatos, podendo a mulher narrar que as agressões foram superadas. (IZUMINO, 1998, citado por IZUMINO; SANTOS, 2005).

Entretanto, não se pode concluir que a violência conjugal tenha de fato sido interrompida. Se as condições não se alteram, a mulher poderia reafirmar a queixa como ainda existente. De qualquer forma, estaria a mulher munida de poder contratual para exigir, de acordo com a autora, que o parceiro atendesse às suas necessidades, com risco de punição. (IZUMINO, 1998, citado por IZUMINO; SANTOS, 2005). Estaria assim, em suas mãos, o poder de negociação que antes não dispunha.

Ainda que a intervenção policial seja pontual e mais voltada à contenção física dos sujeitos das ações violentas, acreditamos que não seja este um caminho mais adequado para minimizar os conflitos estabelecidos entre homens e mulheres, pois assim estaríamos afirmando se tratar de problema da ordem relacional pura e simplesmente. Do mesmo modo, seria demasiado simplista supor que esta seja uma medida eficaz na superação da violência contra a mulher quando tomada isoladamente.

Compreendendo a violência em sua complexidade, verificamos que a ação dos serviços de saúde isoladamente não garante a resolução deste desafio. Pensando nos múltiplos determinantes do fenômeno, somente um trabalho intersetorial poderá evitar a duplicidade dos serviços e garantir que cada instância se responsabilize pelas ações de sua abrangência. Os trabalhadores que atuam de forma cotidiana nos serviços de saúde têm cada vez mais incorporando à sua prática a abordagem dos casos de violência. Mesmo assim, se deparam

com consideráveis problemas e empecilhos dada a precária existência e articulação em rede intersetorial.

Discorrer sobre os tipos de violência a que são submetidas as mulheres não é uma tarefa simples para elas. Não podemos esquecer que o ator dos atos violentos possui vínculo afetivo com as mulheres. São seus parceiros íntimos, possuem uma história conjunta de anos, filhos e planos. Vale ressaltar ainda a percepção das mulheres sobre o esvaziamento de sentido da vida e, concomitantemente a perda de sentido em continuar vivendo. Os filhos, nos relatos desta pesquisa, parecem ser o único elo que as liga ao mundo, o motivo que as faz encontrar motivos para continuar a viver.

Eles [filhos] que me deram força. Eles que eram a motivação de eu viver. Porque se não fosse eles eu talvez até não visse sentido na vida, porque eu não era feliz, né. (Bárbara)
Desde a época que ele começou a beber. [...] momentos assim de tristezas. Você vive porque você tem que viver. (Iolanda)

O trabalhador da saúde certamente se frustra ao supor que denunciar seus companheiros seja tarefa fácil para as mulheres. Ainda há que se considerar que o mesmo homem que atua com violência é também pessoa com necessidades de cuidado em saúde e ações de promoção, prevenção e em saúde são necessárias também para esse homem tanto quanto a mulher.

Desvencilhar conceitos de que o homem é o agressor e a vítima a mulher é reduzir o fenômeno à vitimização de um e à culpabilização do outro, sem que, contudo, sejam criadas políticas de cunho preventivo e de garantia de direitos. Falar ainda prescinde confiança na pessoa a quem depositará sua história. A postura do ouvinte deve, portanto, ser acolhedora e livre de qualquer julgamento moral ou de valor, se o que se pretende é compreender a complexidade dessa dinâmica familiar e os motivos que estão envolvidos neste processo.

C.4. Os agravos à saúde levando ao abandono do uso de bebidas alcoólicas.

[...] ele parou de repente. Ele foi pra un...pra un...pra UNESP quando ele passava mal, tomava [...] ele parou de repente. Ele foi pra un...pra un...pra UNESP quando ele passava mal, tomava soro na veia, ficava lá, voltava, começou ter problema de pressão. [...] Parou sozinho. Aí começou a tomar remédio de pressão, que a pressão dele já não tava boa mais, toma remédio de pressão até hoje. [...] Nunca mais [bebeu]. (Iolanda)
Então quer dizer que dessas vezes que ele bebeu e que ele parou, é porque ele tentou. Então se ele tentou parar, é porque ele queria parar de beber, né. (Bárbara)
Ele vai em churrasco assim, ele não bebe. Ele não bebe nada. Nem pinga, nem caipirinha nem cerveja. [...] Por conta própria, porque o médico falou

que ele ia voltar a falar, né, [...] Mas mesmo assim ele parou de beber, não faz nada. (Carolina)

Os relatos acima explicitam ainda como as mulheres explicam os motivos que fizeram com que os parceiros abandonassem o uso de bebidas alcoólicas e denotam uma concepção de cura pela determinação pessoal, quando fazem menção à determinação e força de vontade dos parceiros em tomar a decisão de parar de beber. Tais narrativas relacionam-se com a explicação para o surgimento do próprio alcoolismo, que está aportado na concepção de intencionalidade.

Contudo, no decorrer do discurso notamos que outras explicações são incorporadas e observamos que, assim como os elementos desencadeantes para o adoecimento, também a sua remissão é multideterminada, síntese de uma série de ações que, inter-relacionadas, culminam, não imediatamente, por certo, num processo de superação do fenômeno.

Iolanda refere que o fim para o alcoolismo está relacionado com o nascimento da filha caçula, como uma benção alcançada que viera para acabar com o seu sofrimento.

[...] veja bem como que são as coisas, filha. A briga lá em casa era pelo seguinte: ele não aceitava eu trabalhar fora. Aconteceu que eu tive que engravidar pra mim sair do serviço, veio a menina pra ele parar de beber. Olha só que benção. [...] logo que a menina nasceu, uns dois meses depois ele parou de beber mesmo. [...] depois que a menina [filha] nasceu meu esposo parou de beber. Nunca mais na vida ele colocou uma pinga na boca. [...] Aí ele parou de beber depois que a menina nasceu. [...] No meio de tanto sofrimento que eu tava vivendo. Aquela época, fia, eu acho que Deus manda filho pra quem ele sabe. Vamo mandar uma menina pra essa mãe que ela tem, ela tem quatro, ela tem três homens, agora vamos mandar uma menina pra ela. Porque ele também queria ter uma menina [...] (Iolanda)
Eu vou muito na igreja [...] Eu fiz uns sete terça-feira. E olha, nunca mais ele botou um gole de bebida na boca. A fé, né. É a fé. [...] eu fiz sete terça-feira, mas eu vou assim, com fé em Deus. E falei assim meu Deus, me dá uma saída. Eu não to aguentando mais a bebida desse homem, meu pai. To de ponto de jogar minhas coisinhas jogar tudo por ar. Menina, quando eu terminei a corrente na outra semana ele quebrou a perna. Naquele dia nunca mais ele bebeu. Já tem três... Quatro anos. (Rita)
[...] nós começamos a frequentar uma igreja, ele parou de beber e parece que resolveu, sabe, endireitar nesse período. (Bárbara)

Assim como Iolanda, Rita e Bárbara também atribuem ao aspecto religioso o findar de um período longo de sofrimento que assolava suas vidas. Entretanto, continuam

[...] aí depois que a menina nasceu, que ele viu que era uma menina mesmo, aí ele parou de beber, endireitou a vida dele. [...] por quê? Porque eu saí do serviço, bem. [...] imagina, ele não aceitava! Por quê? Porque eu tinha que ficar em casa, né. [...] quando ele viu que ele começou com problema de pressão, aí ele parou, parou de uma vez mesmo. [...] quando ele viu que ele começou com problema de pressão, aí ele parou, parou de uma vez mesmo. (Iolanda)

Depois que deu o derrame... Ele bebia antes que era só pinga, cerveja ele bebia, mas agora ali é só cigarro dentro de casa. Bebida não. [...] Meu marido deu derrame faz mais de sete anos que ele parou de beber. Ele vai em churrasco assim, ele não bebe. Ele não bebe nada. Nem pinga, nem caipirinha nem cerveja. [...] era pinga, ele chegava bêbado [...] Ele parou porque deu o derrame nele. (Carolina)
[...] daí o meu marido nesse período fez um tratamento, parou de beber de uma vez. (Bárbara)

Aparentemente, o nascimento da filha de Iolanda configura-se como o ponto central para o fim do alcoolismo de seu companheiro, que desejava ter uma filha. O nascimento da criança aparece, na verdade, como o elemento possibilitador para que Iolanda abdique do trabalho exterior à casa, apontado também como desencadeante de conflitos para este casal. O seu trabalho era para seu companheiro, aversivo a ponto de ser identificado como um dos maiores motivos que explicariam o início do alcoolismo. Além do mais, agravos à saúde do parceiro de Iolanda começam a se manifestar.

Explicações distintas, por sua vez, são atribuídas por Carolina e Bárbara ao término do alcoolismo dos parceiros. A primeira alude ao acidente vascular cerebral (AVC) do companheiro que, tendo quase o levado à morte, não permitiu que permanecesse fazendo uso de bebidas alcoólicas.

Durante anos e anos, o alcoolismo permaneceu presente na vida destas famílias e as complicações clínicas decorrentes do consumo excessivo e prolongado do álcool atingem a todos os companheiros das mulheres participantes da pesquisa. Atualmente encontram-se debilitados em menor ou maior grau por sequelas decorrentes do alcoolismo.

Veja bem, ele tem problema no rim. No rim. Só que era pra ele fazer um exame, nessa época também ele não fez isso. E hoje ele já sente o problema que ele tem. Ele sente muita dor, né. Do lado, do rim, muita dor. (Iolanda)
E daí agora dois anos atrás ele teve um câncer de intestino, né. Precisou fazer uma cirurgia, fez o tratamento com quimioterapia, com rádio [...] inclusive ele saiu de licença médica né. [...] Ah, meu marido, [...] eu vou falar sinceramente pra você, meu marido infelizmente hoje é uma pessoa praticamente impotente. Sabe, assim, intimamente, sabe. [...] ele ficou com uma sequela depois dessa cirurgia, sabe. Não sei se foi a quimioterapia, sabe, a radioterapia que afetou alguma coisa. Então a minha vida tá parada nessa situação, sabe. To... por isso que eu falo, eu to com algumas limitações. Então, se com 54 anos tá assim [risos] que jeito? Imagina com 70. (Bárbara)
Olha, ele faz tratamento de, fez de fono, né, ele faz exame da perna, que deu derrame nele, deu derrame nele no segundo derrame que deu nele e ele não fala, ele tem 74 anos, ele anda devagarzinho só no quintal, que dá o... um... na perna dele que vai subindo que a perna ela...ela travada. [...] porque o médico falou assim que se ele não tiver zelo na perna ele pode quebrar, se quebrar ele não andar mais. Né, ele tem um... ele tem trombose na perna, [...] e ele tem problema de amputar a perna, meu marido. Ele não tem diabetes, mas a perna dele tá preta mesmo. [...] E... mas ele tem dificuldade

pra falar, assim [...] Ah, agora, agora ficou mais difícil, porque eu pegava ônibus com ele. Doente mesmo, o motorista levantava assim, ele pro braço assim, pra poder. Falava: ó, motorista, eu vou receber [...] (Carolina)

O uso abusivo e prolongado de bebidas alcoólicas produziu agravos à saúde dos homens que, para além da dependência química, está associado ao desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas como doenças coronarianas, câncer, diabetes e cirrose hepática, e doenças do sistema nervoso central.

[...] ficou doente que deu cirrose de tanto beber. [...] [esteve] internado muito mal lá na UNESP. Vomi... Que ele bebia muito, acho que estourou a cirrose nele, ele botava sangue pra boca e pro nariz. E botou [...] sangue pela boca. Era beber e fumar, beber e fumar. E deu derrame nele. [...] ficou doente. Ai não trabalhava mais. [...] Era só beber, beber, beber, beber. Ai ficou doente [...] deu derrame [...] Depois do derrame ele viveu pouquinho. [M1] (Rita)

Ele morreu de tanto beber. Ele tinha 35 anos [M1] (Carolina)

O surgimento do adoecimento acarretou em uma série de limitações para a vida cotidiana e laborativa dos homens e ainda que não tenha os levado à morte, como para os primeiros companheiros de Carolina e de Rita, os demais sofrem com seus efeitos.

[...] ele quer ver as filhas dele, não tem condição. [...] Moram lá em [região metropolitana de São Paulo]. Não tem quem me leva de carro, não tem quem me leva de ônibus. Eu chego na rodoviária, vou pegar ônibus que jeito com esse homem desse jeito? Ele quer as filhas dele. (Carolina)
Ficou duas vezes na cadeira de roda. Já tirei da cadeira de rodas, tirei duas vezes ele da cadeira de rodas. Que ele tem cirrose, né. Ficou entre a vida e a morte na faculdade. Entre a vida e a morte! Ninguém deu nada por ele. As meninas daqui do posto ia lá em casa. A Dra. [nome da médica]... ia lá. O Dr. [nome do médico] chegou ver ele lá na cama, que num virava na cama, paralisado, sabe? Dois mil e quatro, que deu a cirrose. Quase morreu! Ficou entre a vida e a morte na faculdade! Os médicos falou que não sabe, que ele recebeu um milagre. [...] ele ficou nove dias internado, depois ele passou um tempo tudo de ferida assim, ó. [...] Ficou morto. Ficou morto, ficou morto, ficou morto. [...] que ele ficou paralisado, ele ficou três meses paralisado, sabendo como ele era, tudo na cama, cocô, tudo. Trocando a cama três, quatro vezes por dia, sabe. [...] aparentemente, tá bem, mas e as pernas tudo falta de circulação, né. Só que depois que ele teve esses problemas, ele assina bem, mas ele num é mais que nem ele era não. Ele perdeu muita coisa, porque a médica disse que um lado do cérebro dele ficou... a bebida estragou muito, né. Que ele bebeu muito. (Rita)

É somente com a experiência de graves problemas de saúde que os companheiros deixam de beber de fato. Contudo, em diversos momentos anteriores há um movimento no intento de se livrar do alcoolismo, e procuram por estratégias que os auxiliem nessa difícil tarefa. Os pedidos por ajuda para superar o alcoolismo são atendidos em serviços de saúde, grupos de apoio e também contam com o suporte das companheiras:

A Dra. [nome da médica] que ajudou muito ele, fia. [...] Aqui mesmo [na USF fazia tratamento]. Mas foi graças à Dra. [nome da médica], viu. Graças à [nome da médica]. A Dra. [nome da médica] que ajudou ele. A Dra. [nome da médica] ia em casa, quando eu não tava em casa, dar o medicamento pra ele. A Dra. [nome da médica] que encaminhou ele. A Dra. [nome da médica] tinha os grupos dos... Tinha o grupo das pessoas que bebiam aqui, à noite. Ele frequentava esse grupo, viu. Então a Dra. [nome da médica] sempre corria atrás, ela nunca deixava, viu. Ela nunca deixava. Toda semana ela tava atrás dele. E de todos aqueles que tavam precisando de tratamento, viu. De todos aqueles. (Iolanda)

O relato assinala a importância do olhar para o adoecimento por parte do trabalhador da saúde e como este se expressa na condição de saúde dos usuários. É prática comum dos serviços de saúde a aplicação de medidas de controle de adesão ao tratamento e às intervenções por meio de exigência da assiduidade, com risco de alta-abandono depois de certo número de ausências. Entretanto, em virtude do quadro de adoecimento e da complexidade intrínseca ao fenômeno, a busca ativa, além de recorrer a outras estratégias que não somente aguardar o comparecimento do usuário ao serviço, mostra-se fundamental para um cuidado efetivo.

Muitas vezes as inúmeras ausências do dependente químico às consultas são angustiantes para o trabalhador da saúde que conclui que o usuário não está “aderindo” ao tratamento. Compreender a dinâmica que o adoecimento impõe na condição de vida dos usuários, como as dificuldades para a permanência no tratamento, a assiduidade às consultas e ou grupos, permite contemplar as suas necessidades mais imediatas por fortalecimento até que sua autonomia paulatinamente seja aumentada e desenvolva a capacidade de administrar e participar mais ativamente de seu processo de reabilitação.

[...] você quer que seu marido para de beber, você tem que apoiar, porque se você largar, né, é pior. E foi o que eu tentei fazer a minha vida inteira que eu... [...] Que eu concordava e entendia que era doença. [...] E eu sempre ajudei, nunca neguei ajuda pra ele. Então graças a Deus foi numa dessas vezes que ele parou de uma vez. [...] ia na UNESP. Fazia parte do grupo de alcoolista, participava das reuniões, conversava com a assistente social, sempre tinha aqueles grupos de pessoas [...] Porque todas as vezes que ele participava de grupo, nos fomos na UNESP, participar do grupo com psicóloga, com assistente social. Ele foi no AA, sabe, os Alcoólicos Anônimos no merca... quando era no mercadão ele participou muitas vezes. [...] De todas as vezes que ele parou de beber que ele voltava, que ele voltava beber ele queria parar. Ele ficava um tempo, daí ele via que aquilo ali não era o que ele queria, não era pra ele, que ele queria mudar, e ele tentava melhorar. Mas sozinho era impossível. [...] Então ele tinha vontade, né. Então quer dizer que eu pensava assim: se ele tem vontade eu tenho que tentar ajudar, né. Porque se numa hora dessas, é mesma coisa que ter um filho drogado. Se você não apoia, quando que ele vai parar? Quando que vai largar de uma droga, quando que ele vai parar de bebida alcoólica? Nunca. Sem apoio ninguém faz nada. (Bárbara)

Compreendemos que recorrer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta contribui para a obtenção de maior eficácia do cuidado. Do mesmo modo, o apoio dos familiares se mostra imprescindível neste momento. Acreditar que é possível reverter a situação parece ser o passo inicial. Esta firmeza vai garantir que, mesmo com os prováveis momentos de avanços, mas também de retrocessos no processo de reabilitação não desencorajem ou façam desistir. A espera por uma mudança rápida parece aqui como fonte segura de frustração.

Para a família, lidar com o papel de incentivadora do tratamento seguramente não é tarefa simples. Temos que compreender que são anos de vivência em situação de sofrimento intenso para todas as partes envolvidas, e possivelmente os laços afetivos podem estar bastante fragilizados. Os sentimentos de rancor, ódio pelas inúmeras situações de sofrimento não se esvaem imediatamente. Fortalecer os vínculos entre os membros da família, restabelecer a confiança e resgatar os sentimentos que fizeram com que um dia os uniram também é tarefa que embora demorada e difícil, se mostra necessária quando a opção é de permanecerem juntos.

Eu acho... Se eu tivesse colocado ele na rua hoje ele num... Já não existia mais. Ah, tava morto já, fia. Tava morto já. (Iolanda)
[...] porque se dependesse da família dele ele tinha se tornado um morador de rua. Sabe, esses que ficam nas praças se embriagado, sabe. Porque ele tinha de tudo pra isso [...] Noite e dia bebendo. Noite e dia bebendo. Não tomava banho, não se barbeava. [...] a família dele se aproximava de mim e pedia pra mim cuidar dele, porque se não ia virar um andante, porque não sei o que. [...] Daí era noite e dia. Até assim, era assim, ele ficava bêbado, ele ficava barbudo, ele não tomava banho, sabe. Ele... Se você olhasse na rua era um andante, um indigente. [...] se a gente largar mão vai virar um andante, um indigente. (Bárbara)

Em suma, percebemos as famílias não conseguiram superar o alcoolismo. Do contrário, encontraram estratégias que as auxiliaram a sobreviver a ele. Ainda que em alguns dos casos o alcoolismo tenha tido um fim, isto se deu com a condição de agravo à saúde que os companheiros se encontravam. Apesar de outros elementos tenham sido apontados como contribuintes para a sua saúde mental, o próprio grupo atuando como fonte de suporte social, o alcoolismo não acaba, porém, com o abandono do uso de bebidas alcoólicas por seus parceiros. Permanece o alcoolismo na vida destas famílias expresso pelas consequências que as acompanha: as sequelas incapacitantes na vida de seus companheiros se revertem em necessidades de cuidado por parte das mulheres, além das marcas deixadas após toda uma vida de relações marcadas pelas dificuldades que este desencadeou e já mencionadas anteriormente, que incidem também em adoecimento para estas mulheres.

Consiste em outro núcleo de significações a relação que as mulheres estabeleceram com a experiência de terem participado do espaço grupal na UBS:

D) A experiência grupal como apoio social

Os relatos apontam ainda para três aspectos do grupo que consideraram importantes:

D.1. O grupo institucional como espaço (único) de expressão de sentimentos e vivências

Então todo mundo sentava e contava a sua história. Mas era gostoso aquela época. Era muito gostoso, viu. [...] Desse grupo eu comecei a participar da época que o meu esposo bebia. Pra distrair um pouco a cabeça. Eu contava a história, a história da época que ele bebia. (Iolanda)

[sentia-se] Aliviada. Porque a gente encontrava todas as amiga ali, né. (Carolina)

[sentia-se] Aliviada, viu, que todo mundo contava e dava risada, viu. [...] Cada um tinha os seus problemas, viu, cada um tinha. E era muito gostoso, viu, fia. [...] a gente desestressava. Cada um contava os seus problemas. Ali dava risada, um chorava, ali desestressava, né. (Iolanda)

Iolanda e Carolina referem que aquele ambiente configurava-se em possibilidade de aliviar o estresse, de contar suas histórias e também como espaço de distração. Bárbara acrescenta que aquele espaço não configurava-se como uma possibilidade para o desabafo apenas, mas permitia a troca de experiências.

Interessante que em outro momento Iolanda relata não possuir com quem falar, uma vez que a rede de apoio está comprometida, evidenciando quanto o cotidiano influencia no sofrimento psíquico e quanto a não expressão dos sentimentos pode contribuir para isso. Afirma, porém, que neste espaço sentia-se segura para compartilhar a sua história e o quanto esta fala lhe proporcionava satisfação.

E ela [médica] achava. Achava não, ela acha que a medicina preventiva funciona mais, né. Então ela acreditava que até o fato da gente vim aqui conversar, desabafar e contar as histórias da gente, melhorava até assim a vida da gente, sabe. A sua pressão, a sua... Você dormia melhor, você comia melhor, quer dizer, você vivia melhor, né. (Bárbara)

A possibilidade de expressão de sentimentos e apoio pode se caracterizar como fator de proteção à saúde mental quando se configura em rede de apoio e/ou suporte social, refletindo em melhor qualidade de vida para os usuários do serviço de saúde. Reafirma essa fala a compreensão do trabalhador da saúde da importância da prevenção aos agravos à promoção da saúde.

D.2. O grupo como espaço de identificação com outras mulheres

Era bom, porque a gente vem, distrai, né. Vem, escuta a história de um, escuta a história de outro... Tem uma mulher lá que tá passando a mesma coisa que eu to passando. Eu só escutando, falei: hum, não é só a gente não. [...] Não é só nós, né. Não é só eu. Não é só eu. (Rita)
Ai, uma delícia! Nossa, me fez muito bem, me ajudou muito, muito, muito. Acredito que também as outras mulheres que participavam. [...] Se você fala que fez uma coisa errada, você também fala como você conseguiu consertar, né, o seu erro. Então, é aqui o que a gente fazia era isso. Uma troca de experiência. Né, olha, comigo também aconteceu isso, mas eu fiz assim, assim, assado e deu certo. Quer dizer, não significa que vai dar certo com o outro. Mas serve como experiência, né. Pra ela quem sabe tentar, né. [...] E eu gostava de vim aqui porque é aquele negócio, a pessoa às vezes, às vezes tá com o mesmo problema que eu. (Bárbara)

Além disso, o grupo apresentava como uma dentre outras funções, como explicitado acima, como elemento que permitia a construção de estratégias que pudessem contribuir para a superação dos problemas ou a sobrevivência apesar destes, potente, portanto no processo de empoderamento das participantes para a transformação da realidade.

Porque elas falou que é difícil cuidar de uma pessoa doente. É difícil cuidar. É, muitas amigas: ai, você tenha paciência, ai, você é uma mulher vitoriosa, ah, a senhora é isso e aquilo, sabe? Quer dizer, elas não ia contra eu, né. (Carolina)

Para Carolina, saber de seu esforço para cuidar do companheiro adoecido ficava mais leve ao saber que as demais reconheciam tal dificuldade. O grupo de mulheres, inicialmente, identificava naquele momento todos os seus membros pela a doença, possibilitando que a história de vida de cada participante passasse a ser um elemento aglutinador.

De acordo com Martins (2003) “o grupo passa a ser para o indivíduo uma referência para sua própria identidade ou vida, referência essa criada a partir do sentimento de pertença subjetiva a um grupo”. (p.205). Assim, de um problema individual, amplia para um problema que é compartilhado pelo coletivo que se solidariza e compreende seu sofrimento a partir da identificação que permitia reconhecer que este não era um problema exclusivo de sua família, e podiam contar, de acordo com o relato de Bárbara, com o apoio umas das outras.

O grupo consiste, portanto, no processo de identificação e formação de identidade garantindo se perceber no outro, mas, ao mesmo tempo, se ver diferente. A participação no grupo produz sentimento de pertencimento neste grupo. Do mesmo modo, Acrescentam ainda que este ambiente, para além de falar do processo saúde-doença, configurava-se ainda como

um espaço de convivência, potencial gerador de relações afetivas, inserindo assim, outro núcleo de significações:

D.3. O grupo como espaço gerador de novas relações afetivas.

Acrescentam ainda que este ambiente, para além de falar do processo saúde-doença, configurava-se ainda como um espaço de convivência, potencial gerador de relações afetivas, que com o tempo poderiam transformar-se num grupo primário, fonte de apoio e garantia de satisfação de outras necessidades como lazer, não encontradas externamente ao espaço institucional.

[...] Participava e gostava muito, muito mesmo, porque aqui quando tinha aniversário, sabe, a gente fazia festinha pros aniversariantes do mês, natal a gente trocava presente, sabe, dia de carnaval eles fazia, cantava musiquinha no grupo, dançava. Era coisa que você não faz em outro lugar, né. (Bárbara)
Ai que gostoso, gente! [...] nós caminhava todas quinta feira, duas horas da tarde [...] Nós saía, nos passeava [...] Teve caminhada, teve coisa lá na praça do bosque, que nós ia, mas faz tempo. Eu tinha a camiseta que era uma... Águia, mulheres vitoriosas, ai... Era gostoso. [...] gostava mais de conversar e passear. [...] O dia que eu fui, foi no meu aniversário, foi dia três de dezembro. Eu lembro, porque nós fomos no sítio, uma chácara que tinha piscina. Não sei o dia que foi, mas faz muito tempo que eu fui. E ele deixou, ele deixou, a [nome da filha] cuidou dele um dia. Faz tanto tempo, nossa! Se voltasse, nossa, como é bom passear. Sair, refletir... Nossa, passei um dia maravilhoso. (Carolina)
[...] nesse grupo mais eu falava do que as outras, viu [...] falava de tudo, viu. (Iolanda)

Bárbara salienta o quanto a participação no grupo impactava as suas relações afetivas com a sua família.

E quando eu chegava assim até os meus filhos notavam a diferença.[...]E isso fazia bem pra mim. E eu conseguia assim conversar melhor com ele, sabe? É... Dar conselhos de maneira mais certa [...] (Bárbara)

O grupo de mulheres gera na experiência grupal a possibilidade, por menor que seja, das mulheres exercerem controle sobre suas vidas. O grupo é compreendido como um espaço coletivo que permite a mudança, fornecendo base para refletir e fomentar a transformação das relações e possibilita subsídios para o enfrentamento às situações que, sós, não possuíam recursos para fazê-lo. A realização de outras atividades, além de favorecer a participação em órgãos deliberativos como se observa a seguir:

Teve fórum das mulheres, nós participamos, tiramos foto, sabe, veio deputado, toda aquela parte política, sabe? A gente participava, sabe, tinha o conselho de... De saúde. [...]não fazia parte do conselho, mas participava das reuniões. Pra saber o que tava acontecendo, a proposta... Então quer

dizer, foi uma época que eu participei muito dessas coisa e foi muito bom.
(Bárbara)

Essa experiência, portanto, permitiu retirar os sujeitos do nível individual e lançá-los a pensar na saúde em âmbito coletivo. Os grupos de apoio, que para além de auxiliar sobre como lidar com o cotidiano, abrem a possibilidade de inserção em outros espaços, com maior envolvimento com as questões políticas que envolvem a saúde, como o Conselho Municipal de Saúde. Com o fim do grupo, entretanto, essas possibilidades cessam do mesmo modo. Tais possibilidades se perdem com a saída de uma trabalhadora que coordenava o grupo. No momento, no grupo ainda não estavam dadas as condições necessárias para darem prosseguimento a esse processo sem a presença da coordenadora. Dessa forma, com a interrupção desse trabalho, há um retrocesso todo um processo de avanço do ponto de vista do desenvolvimento humano em direção à autonomia política. Assim, vemos como organização do trabalho na saúde repercute na saúde dos usuários:

Daí teve um problema, né, aqui interno entre eles e a Dra. [nome da médica] saiu. E ninguém se conformava com isso. Foi muito difícil pra gente entender por que que tinha acontecido aquilo, por que tava dando tão certo, sabe, era tão bom, tão gostoso. Daí depois a [nome da enfermeira]saiu, sabe, aí praticamente o grupo se desfez. (Bárbara)

[...]Aí depois ela saiu, acabou, fia. O posto a-ca-bou, acabou, acabou. [...] porque depois que ela saiu, depois que ela saiu daqui, bem, raramente eu voltava aqui nesse posto. Ra-ra-men-te eu voltava. Porque as pessoas, mudou muita gente daqui, né. As pessoas daquela época é, foram todas transferidas, então acabou, fia. No começo era muito gostoso, eram assim todos amigos, viu. Agora não. Acabou. [...] hoje as meninas que tão aí não tratam a gente igual as outras, viu. Sinceramente não. Não é, por exemplo, eu não to passando bem, eu chego aqui hoje, eu falo: eu não to passando bem, eu preciso disso e disso. Ah, volta amanhã e pega uma extra. Imagine, fia. Não faça isso que isso não dá certo. Antes era diferente, bem. A [nome da médica] atendia todo mundo. Não tinha, não tinha pobre, não tinha rico, não tinha nada, bem. A [nome da médica] atendia todo mundo e foi por isso que tiraram ela daqui. [...] Tenho o telefone da casa dela tudo. (Iolanda)

Esta fala mostra o quanto uma necessidade real em reorganizar os atendimentos que deveriam ser eventuais – que traziam sofrimento para os trabalhadores da saúde – impede que o acolhimento aconteça. As pessoas em situação de violência antes eram acolhidas pela urgência intrínseca à sua situação. Quando o profissional de referência é realocado, como neste caso, perde-se de vista a continuidade do acompanhamento de várias famílias para as quais este atendimento personalizado, mais próximo era fundamental.

As pessoas hoje trabalham mas só pensam em trabalhar... Trabalha porque tem que trabalhar, fia. Não pensa assim é...é...é no que uma outra pessoa tá necessitando, tá precisando não. Não pensa na dor duma outra pessoa não. Vou trabalhar, vou fazer meu serviço e pronto. Acabou. Não, as coisas não são assim. Não chegam pra pessoas e conversa: você tá precisando disso? O

que que você tem? Não. Imagina. As pessoas hoje trabalham, bem, aqui, porque tem que trabalhar. Pra ganhar seu salário. Mas que... Que... É... Mas se depender delas assim pra uma palavra amiga, imagina, filha do céu. Não tem. Não tem. Acho que acabou porque aconteceu o seguinte: a [nome da médica] saiu, acho que nenhuma outra pessoa se interessou, né. Então acabou. (Iolanda)

Com a saída desta trabalhadora, sentem-se mais uma vez sem um espaço de apoio e de escuta, que tanto trazia benefícios às famílias.

Acabou, fia, acabou. Acabou em nada. Tirou ela daqui, assim, fizeram abaixo assinado, tirou ela daqui pra colocar outro médico[...] A Dra. [nome da médica] foi, ela não foi só uma médica, ela foi uma amiga pra todo mundo, viu. O pessoal do grupo sentiu muito quando ela saiu. Muito, muito mesmo. [...] Não tinha horário com ela. A gente chegava aqui, ela atendia a gente a qualquer horário. Eu do meu serviço eu ligava pra ela: Dra. [nome da médica], tá acontecendo isso, isso, isso. Ela ia em casa. Ela não tinha horário ruim com ela, fia do céu. (Iolanda)

[...]Eu acho que a [nome da médica] saiu mas devia ter ficado uma outra pessoa no grupo, viu, pra continuar o grupo. O grupo acabou em nada, acabou em nada, [...] E devia ter ficado uma outra pessoa, ou então ela devia ter é... É... Ficasse aqui pelo menos uma vez por semana pra não acabar esse grupo. Pra continuar esse grupo. (Iolanda)

Mas seria gostoso, hein. A gente refletia, a conversa, vê o que as pessoas vai julgar, o que as pessoas vai falar. Ai, eu gos... Nossa, esse grupo de mulher é uma coisa maravilhosa. Ah, eu queria que voltasse sempre isso daí pra mim distrair, depois eu chegava em casa fazia janta, fazia isso, aquilo, aquilo lá, né. [...] E tá precisando disso daí, viu? (Carolina)

Lipp (1996) em seu estudo sobre stress no Brasil comparou a eficácia das diferentes tratamentos oferecidos à população e identificou as contribuições da associação com outras estratégias de cuidado não restritas a consulta médica. Neste estudo, a autora relata que os índices de melhora dos sintomas apresentados pela população estudada foram maiores quando da oferta de consultas médicas concomitante ao tratamento psicológico. O tratamento psicológico no caso se deu por meio da realização de grupos de usuários de um serviço de saúde.

Em síntese, podemos afirmar que a “formação e informação possibilitam o confronto de valores, de experiências, de sentimentos e de informações (senso comum versus conhecimento científico) que gera reflexão e a valorização dos indivíduos, e os impulsionam para a ação”. (MARTINS, 2003, p. 209-210). Assim, a participação em grupo possibilita a troca de conhecimentos, o enfrentamento dos sentimentos de impotência e impulsiona ao compartilhamento de recursos que auxiliam na construção do fortalecimento dessas mulheres, subsídio para a superação das situações nas quais a violência e o alcoolismo se apresentam, de acordo com as possibilidades de cada participante.

V – ENCAMINHANDO CONCLUSÕES

Embora denominando estas páginas de conclusão, a tarefa que nos propomos aqui não é apenas resumir o trabalho, mas anotar perspectivas futuras. Apresentaremos algumas considerações que pudemos traçar até este momento.

As mulheres chegam à unidade de saúde referindo, dentre outros problemas de saúde, queixas inespecíficas ou difusas. Por outro lado, se evidenciam ainda outros problemas de saúde das mulheres bastante específicos, como diabetes e hipertensão arterial. Estas queixas representam o que se positivou, o que se apresenta no imediato. Entretanto, se faz necessário explorar tais queixas, pois podem aparecer como expressão de outras necessidades de cuidado em saúde.

Merece destaque, assim, a necessidade de serviços que se dediquem ao atendimento da unidade familiar como um todo e, desse modo, inclui-se aqui o autor da agressão. A adoção de intervenções que tomem a família como foco da atenção ainda se configura como ideal a ser conquistado.

Vimos que o sofrimento atinge ambos, homem e mulher. Entretanto, para a mulher, a expressão do sofrimento psíquico é socialmente aceito, ao passo que para o homem, pedir ajuda é visto como sinônimo de fraqueza, incompatível com o estereótipo de fortaleza da família. O uso de bebidas alcoólicas é, em contrapartida, a atitude aceita para um homem e o local adequado para “afogar as mágoas” historicamente se dirige ao copo de bebida, à mesa do bar.

Sobrecarrega-se a mulher com o trabalho, o sustento da casa, cuidados com o marido adoecido e com filhos, é agredida, encontra-se sem suporte social (moradia adequada, alimentação, transporte, creche, etc.) ou apoio (não tem com quem contar ou conversar). E a questão que se impõem e a que são constantemente indagadas pelo grupo social é: porque permanecem na relação?

Os motivos que orientam a ação estão relacionados com os significados sociais e sentidos pessoais. Dentre eles encontramos relatos que apontam a idealização do papel de pai, representada pela concepção da falta que o próprio pai tenha feito em sua vida; pena de abandonar os companheiros por compreender que não poderiam cuidar de si sozinhos sob o risco de morte ou de transformarem-se em andarilhos; gratidão por terem eles cuidado delas e dos filhos anteriormente e agora se sentirem obrigadas a retribuir; insegurança quanto ao julgamento dos filhos e outros familiares sobre a decisão de abandonar o parceiro ou por compreender que esta não é atitude de mulher digna; acreditar que os filhos não serão bem

educados sem a presença do pai na mesma moradia, ao encontro da concepção ideal de família, dentre outras.

Em suma, com todas as dificuldades que se deparam cotidianamente, suas ações são atravessadas por concepções sobre o que é esperado socialmente e configuram papéis rígidos, cristalizados expressos em síntese na máxima “quem como a carne rói os ossos” ou “ruim com ele, pior sem ele”.

As famílias, compreendemos, não superaram, mas sobreviveram ao alcoolismo. Infelizmente o fim do alcoolismo ocorreu, em alguns dos casos, pela condição de agravo à saúde que os companheiros se encontravam, o que permite discutir o quanto um trabalho preventivo teria evitado a dor e sofrimento a essas famílias. A duras penas e muitas vezes solitariamente as famílias tiveram de encontrar formas para enfrentar a condição de alcoolismo que afetou duramente toda a família e deixou marcas que ainda hoje trazem sofrimento. Para algumas delas, vimos que o apoio institucional foi decisivo na superação do problema. Deixar de usar bebidas alcoólicas foi geralmente apontado como motriz para a transformação das relações familiares.

Diante do exposto, compreendemos que é necessário romper com concepções que tomam o homem como o agressor e subtrair a mulher do papel de vítima. Superar o imediato ainda prevê dar conta de propor tratamento que inclua o homem, superando a concepção deste exclusivamente como agressor, mas compreendendo que este também apresenta necessidades de cuidado em saúde. Ao não contemplar as necessidades de cuidado em saúde destes homens, seu estado de saúde se agrava e em decorrência dos anos ou décadas, com consequências bastante graves e com sequelas irreversíveis na maior parte dos casos.

Entendemos que é necessário que sejam criados espaços que permitam que os sujeitos possam refletir sobre papéis sociais, as concepções de família, gênero, violência, instrumentalizar os usuários para que possam vislumbrar outras possibilidades de existência e permita traçar projetos de vida. E promover, dessa forma, a possibilidade de romper com a naturalização dos fenômenos.

Ao pensar na violência estrutural sabemos que sua ruptura depende de transformação radical na forma como a sociedade está organizada. Assim, o conhecimento desta condição pretende, para além da imobilização, pensar em estratégias que minimizem estes efeitos na vida cotidiana. Há, contudo, necessidade de pensar em uma atuação intersetorial.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), recentemente implantado no município de Botucatu, se observadas as disposições propostas pela portaria 154/2008, poderia despontar como uma possibilidade de reorganizar o trabalho que, sob a lógica do

apoio matricial – compreendido como suporte assistencial e técnico-pedagógico –, se coloca enquanto uma das possibilidades para a ampliação e a articulação da rede de serviços, contribuindo para a formação continuada dos profissionais e, assim, dando resolubilidade às demandas de saúde mental na atenção primária de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica.

A inserção do psicólogo na Saúde da Família, por meio das equipes dos NASF, poderia dessa maneira, contribuir para a construção de práticas intersetoriais e pautadas na integralidade do cuidado. Esse trabalho sinaliza para a afirmação e consolidação da atuação do psicólogo nestes espaços, cuja inserção, apesar de recente, aponta para um rompimento com as práticas tradicionais cristalizadas em Psicologia.

Verificamos a necessidade de ações psicossociais para além da exclusividade de atuações medicalizantes do cotidiano, de qualificar a busca ativa que, ao nosso entender, poderia resultar na economia de anos até a procura por serviços de saúde, reduzindo, portanto, os agravos à saúde da população.

As próprias mulheres fornecem indicativo do que as fortalecia. Os grupos de apoio, mais do que auxiliar sobre como lidar com o cotidiano, abria possibilidade de inserção em outros espaços, como maior envolvimento com as questões políticas que envolvem a saúde, como o Conselho Municipal de Saúde.

O desenvolvimento de atividades em grupo se configura como uma possibilidade pouco explorada e que garante resultados importantes do ponto de vista das entrevistadas. Nesse sentido, a realização dos grupos se mostra como ferramenta importante para a prática profissional, sobretudo numa perspectiva psicossocial, uma vez que se expressa como um dos (se não o único) espaços para a expressão de sentimentos e experiências dessa população. Balizam ainda a importância de que os envolvidos possam refletir sobre suas condições objetivas de vida, base para que se tornem sujeitos críticos capazes de transformar sua própria realidade.

A discussão dessas relações e das condições de vida é importante para determinar o quanto esse homem consegue aturar no seu ambiente e criar condições mais favoráveis para si e para o coletivo. Dessa forma, o trabalho com os grupos almeja estabelecer condições para que a população atendida descubra as próprias capacidades e, por intermédio dos trabalhadores da saúde, desenvolva outras habilidades que mobilizem suas potencialidades, criando condições de compreensão e transformação da realidade. O profissional, portanto, tem a função de contribuir para promoção de saúde mental, favorecendo a prevenção de situações de riscos e agravos.

Em síntese, podemos depreender que o estudo identificou que as condições de vida são importantes determinantes do processo saúde-doença. Desse modo, acreditamos que é de suma importância recorrer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta. A constituição de vínculos e continuidade nos cuidados em saúde se mostrou como fator determinante para o cuidado da saúde das famílias especialmente no que diz respeito ao acolhimento como recurso terapêutico.

Merece destaque ainda o papel preponderante que as famílias têm assumido no cuidado dos seus membros em processo de adoecimento e vimos o quanto a família tem adoecido conjuntamente, fazendo-se imperativo, portanto, o cuidado à saúde mental de toda a unidade familiar.

O sofrimento psíquico, expresso por meio das queixas inespecíficas frequentemente é interpretado como poliqueixa e não aparece como necessidade de cuidados em saúde nos registros médicos. Não obstante, algumas pesquisas encontram uma maior prescrição de analgésicos e tranquilizantes, e mais encaminhamentos para serviços de saúde mental para mulheres que vivem em situação de violência. Como a raiz do problema não é tematizada, estas condutas podem acabar por encaminhamentos e medicações que aparecem como indicação de que o problema é fundamentalmente delas e de sua forma de comportamento e relacionamento.

Assim, a partir da compreensão do fenômeno e de sua complexidade, acreditamos ser possível subsidiar posteriormente a elaboração de intervenções conjuntas com a equipe de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Desse modo, pretendeu-se, além de conseguir apreender as formas como os usuários compreendem o processo saúde-doença, que este material seja capaz de fomentar discussões com os trabalhadores da saúde para que ampliem a compreensão dos modos de vida dos usuários dos serviços de saúde e se atentem para os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades. Isto, a nosso ver, possibilitaria que se colocasse no processo de reflexão as próprias significações sociais dos trabalhadores da saúde sobre o processo de adoecimento.

Tal processo de reflexão coloca-se como imperativo quando se pretende tanto romper com as ações pragmáticas e fragmentadas empreendidas no campo do fazer saúde quanto como potencializar a horizontalidade da relação profissional-usuário, favorecendo a valorização do modo como o usuário percebe seu processo de adoecimento, promovendo a sua inserção ativa no estabelecimento de um efetivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), baseado na troca de experiências e valorização do saber popular.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, v.39, p.108-113, 2005.
- ADORNO, S. História e desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. **Novos Estudos**, p.86, 2010.
- AGUIAR, W.M.J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In _____. **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p.129-140.
- AGUIAR, W.M.J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a Apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. Cienc. Prof.**, v.26, n.2, p.222-245, 2006.
- ALMEIDA, J.C.; CAMPOS, J.A.D.B. Desordens devido ao álcool em adolescentes: confiabilidade de um instrumento de medida. **Alim. Nutr.**, v.20, n.3, p.435-440, 2009.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.
- AMARANTE, P. (Org.). Asilos, alienados e alienistas. In: _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.73-84.
- ANDRADE, K.R. Violência conjugal: uma análise exploratória das potencialidades dos surveys de vitimização. **Dilemas**, p.81-94, 2008.
- ANTUNES LIMA, M.E. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.35, n.122, p.260-268, 2010.
- ARAÚJO, C. Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero. **Crít. Marx.**, v.1, p.65-70, 2000.
- AUDI, C.A.F. et al. Violência doméstica na gestação e prematuridade e peso ao nascer ou prematuridade. **J. Pediatr.**, v.84, n.1, p. 60-67, 2008.
- BARATA, R.B. Epidemiologia e saber científico. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.1, n.1, p.14-27. 1998.
- BARBOSA, R.H.S. **Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes hiv+.** 2001. 310f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BATISTA, K. **Abordagem em álcool e drogas na Saúde da Família: percepção dos usuários do CAPS ad.** 2011. 101f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2011.
- BATISTA, V.M. Mídia e produções de subjetividade: questões da violência In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Mídia e psicologia: produção de subjetividade e coletividade**. 2.ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. 392p.

BELLATO, R. et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletron. Enferm.**, v.10, n.3, p.849-856, 2008.

BESSE, S.K. **Modernizando a desigualdade**: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil, 1914-1940. São Paulo: EDUSP, 1999.

BOARINI, M.L.; YAMAMOTO, O.H. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicol. Rev.**, v.13, n.1, p.59-72, 2004.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 2.ed. São Paulo: EDUSP, 1987.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, supl. 1, p.1585-96, 2010.

BRAGA, M.H.P. O silêncio é cúmplice da violência. Violência doméstica e saúde pública. 2010. Disponível em: <http://www.geocities.yahoo.com.br/uma_menina_qualquer/domestica.htm>. Acesso em: Jun 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.930 de 6 de setembro de 1994**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8930.htm>. Acesso em: Abr 2012.

BRASIL. Lei nº 9.099. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9099.htm>. Acesso em: Abr 2012.

BRASIL. **Lei nº 9318 de 5 de dezembro de 1996**. Altera a alínea *h* do inciso II do art. 61 do Código Penal. Brasília, 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9318.htm>. Acesso em: Abr 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Bioética. Brasília, 1996b.

BRASIL. **Lei nº 9.455 de 7 de abril de 1997**. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília, 1997a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9455.htm>. Acesso em: Abr 2012.

BRASIL. **Lei nº 9520 de 27 de novembro de 1997**. Dispõe sobre exercício do direito de queixa pela mulher. Brasília, 1997b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9520.htm>. Acesso em: Abr 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**: manual de orientação sobre o Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 02 ago 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. p.243-252.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. Brasília, 2004d. p.17-20. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 25 fev 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. Brasília, 2004e. p.125-136. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 25 fev 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendação no. 008, de 8 de maio de 2003. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. Brasília, 2004f. p.323-324. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 25 fev 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no. 10.708, de 31 de julho de 2003. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. Brasília, 2004g. p.23-25. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 25 fev 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são e para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004h.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Participação do Brasil na 29ª Sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher - CEDAW**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004i. 98p. (Série Documentos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 340p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 21 jan 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 61, de 29 de março de 2006a, Seção 1, página 71. Disponível em: <<http://www.diariooficial.com.br>>. Acesso em: Abr 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. **Lei nº 11340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: Jun 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. Brasília: CONASS, 2007a. 134p. (CONASS Documenta, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p.47-50, 2008.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Comunicado do IPEA nº 62**. PNAD 2009. Primeiras Análises. O mercado de trabalho brasileiro em 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/100923_comunicadoipea62.pdf>. Acesso em: Ago 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagensus.pdf>>. Acesso em: Fev 2012.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Boletim: mercado de trabalho. População economicamente ativa por gênero. 2010c. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/boletim_mercado_de_trabalho/mt43/08_populacao.pdf>. Acesso em: Ago 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. **Presença feminina na Câmara Federal permanece a mesma**. Brasília, 2010d. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/presenca-feminina-na-camara-federal-permanece-a-mesma/>>. Acesso em: Jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas** – “crack, é possível vencer”. 2011a. Disponível em: <[http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3616/162/governo-investe-r\\$-4-bi-para-enfrentar-crack-e-outras-drogas.html](http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3616/162/governo-investe-r$-4-bi-para-enfrentar-crack-e-outras-drogas.html)>. Acesso em: Jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Cadastro geral de empregados e desempregados: dados e estatísticas**. Brasília, 2011d. Disponível em: <<http://www.portal.mte.gov.br/caged/>>. Acesso em: jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília, 2011e. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30313>. Acesso em: Ago 2012.

BUENO, B.O. O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. **Educ. Pesqui.**, v.28, n.1, p.11-30, 2002.

BRIZ, T. Epidemiologia e saúde pública. **Rev. Port. Saúde Pública**, p.31-50, 2009. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-25-anos/03%20aniv.pdf>>. Acesso em: Mai 2012.

CALDAS, M.T. A família e o alcoolismo. **Rev. Symposium**, v.4, n. esp., p. 61-63, 2000.

CALHAU L.B. **Cesare Lombroso e a escola positiva de direito penal**. 2008. Disponível em: <http://www.lfg.com.br/artigo/20080922132934578_blog-do-prof-lelio-braga-calhau_comentarios-cesare-lombroso-criminologia-e-a-escola-positiva-de-direito-penal.html>. Acesso em: Abr 2012.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de Reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.4, p.393-404, 1999.

CARLINI, E. et al. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Rev. IMESC**, n.3, p.9-35, 2001.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.R. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.837-868.

CASTRO, M.G. Marxismo, feminismos e feminismo marxista: mais que um gênero em tempos neoliberais. **Crít. Marx.**, v.11, p.98-108, 2000.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Brasília: SENAD, 2006.

CONSELHO ESTADUAL DA MULHER - CEM. Debate marca homenagem às mulheres na Assembléia. **Jornal Minas Gerais**, Belo Horizonte, 16 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.conselhos.mg.gov.br/cem/print/pub/debate-marca-homenagem-as-mulheres-na-assembleia-1>>. Acesso em: Jul 2012.

CERQUEIRA, R.F. **Produção de sentido de religiosidade no território da vida**: compreensão do sofrimento psíquico. 2003. 164f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FioCruz, Rio de Janeiro, 2003.

CFEMEA. **Violência contra as mulheres: os desafios da Lei Maria da Penha**. 2008. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3262:Viol%C3%Aancia%20contra%20as%20mulheres:%20os%20desafios%20da%20Lei%20Maria%20da%20Penha&catid=210:noticias-e-eventos&Itemid=145>. Acesso em: Mai 2012.

CHAUI, M. A liberdade. In: _____. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. p. 459-473.

CHECCHIA, A.K.A.; SOUZA, M.P.R. Queixa escolar e atuação profissional: apontamentos para a formação de psicólogos. In MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M. **Psicologia escolar**: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.105-138.

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da Atenção Básica. **Bol. Saúde**, v.18, n.1, p.59-77, 2004.

CORTEZ, A.M.Q.O. **Histórias de vitimação e seus significados**. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, 2009.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.11, n.2, p. 159-168, 2006.

- DEGUTI, M.M.; GONÇALVES, L.L. Marcadores biológicos do alcoolismo. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.27, n.1, s.p., 2000. Disponível em: <[http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n1/artigo27\(5\).htm](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n1/artigo27(5).htm)>. Acesso em: Jul 2012.
- DELGADO, P.G.G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.16, n.12, p.4701-4706, 2011.
- DEJOURS, C. A. **Banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS - DIEESE. **Anuário das mulheres brasileiras**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/anu/anuarioMulheresBrasileiras2011.pdf>>. Acesso em: Mai 2012.
- DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K.; BRITO, M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, M.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.
- DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v.5, p.33-42, 2005.
- D'OLIVEIRA, A.F.L.P. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.
- ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução Leandro Konder. 6.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. 215p.
- ESCOHOTADO, A. **Las drogas: de los orígenes a lá prohibición**. Madri: Aliança Editorial, 1994.
- FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Colet.**, v.14, n.1, p.129-138, 2009.
- FILIZOLA, C.L.A.; TAGLIAFERRO, P.; ANDRADE, A.S.; PAVARINI, S.C.I.; FERREIRA, N.M. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.58, n.3, p.181-186, 2009.
- FILIZOLA, C.L.A. et al. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.10, n.4, p.660-670, 2006.
- IORE, M. **Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de “drogas”**. XXVIII REUNIÃO ANUAL DA ANPOCS, 28., 2004, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 2004. Disponível em: <http://www.neip.info/html/objects/downloadblob.php?cod_blob=648>. Acesso em: Ago 2012.
- FONSECA, F.F. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores relacionados ao alcoolismo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n.4, p.599-604, 2007.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v.11, n.3, p.285-294, 2008.

FORTES, S.; LOPES, C.S.; VILLANO, L.A. **Fatores sócio-demográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa de saúde da família**: resultados do estudo de Petrópolis – RJ. Rio de Janeiro: Faculdade Ciências Médicas, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-3142.pdf>>. Acesso em: Jun 2009.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo: [s.n.], 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência contra a mulher**. São Paulo, 2001.

GEERTZ, C. A Religião como sistema cultural. In: _____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.101-142.

GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Violência sobre o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.199-222.

GOMES, R.; MINAYO, M.C.S.; RIBEIRO DA SILVA, C.F. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.117-140.

GONÇALVES, R.L.; GALERA, S.A.F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.18, n.esp., p.543-549, 2010.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis Rev. Saúde Colet.**, v.17, n.1, p.173-191, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Primeiros dados do censo 2010**. Censo Demográfico 2000-2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=00>. Acesso em: Ago 2012.

INNOCENTI DIGEST. **Domestic violence against women and girls**. Florence: UNICEF, Innocenti Research Centre, 2000.

IZUMINO, W.P.; SANTOS, C.M. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Rev. Estad. Interdiscipl. Am. Latina El Caribe**, v.16, n.1, p.147-164, 2005.

LA BOÉTIE, E. **Discurso da servidão voluntária**. 30p. Disponível em: <<http://www.culturabrasil.pro.br/zip/boetie.pdf>>. Acesso em: Mar 2012.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. et al. **Saudeloucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.75-89.

- LARANJEIRA, R.; ZALESKI, I.P.M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. **Rev. Latinoam. Salud**, v.2, p.7-25, 1982. Disponível em:
<<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: Jul 2012.
- LEONTIEV, A. Aparecimento da consciência humana. In: _____. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978a. p.69-88.
- LEONTIEV, A. Sobre o desenvolvimento histórico da consciência. In: _____. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978b. p.89-142.
- LEONTIEV, A. O homem e a cultura. In: _____. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978c. p.261-284.
- LIMA, M.C.P.; MENEZES, P.R.; CARANDINA, L.; CESAR, C.L.G. BARROS, M.B.A; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.717-723, 2008.
- LIMA, M.E.A. A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho. **Psicol. Rev.**, v.10, n.1, p.82-91, 2003.
- LIPP, M.E.N. A eficácia do treino do controle do stress: estudos experimentais-clínicos. In: _____. **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações de grupo de risco. Campinas, SP: Papyrus, 1996. p.149-166.
- LÓPEZ, V.A.G. La violencia intrafamiliar como consecuencia del consumo de alcohol en trabajadores. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. **Rev. Antropol. Exp.**, v.4, p. 1-5, 2004.
- MALUSCHKE, G.; BUCHER-MALUSCHKE, J.; HERMANN, K. **Direitos humanos e violência**: desafios da ciência e da prática. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004.
- MARTÍN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder**. Psicología Social desde Centroamérica II. San Salvador: UCA Editores, 1989. (Colección Textos Universitarios, 10).
- MARTÍN-BARÓ, I. Violencia y agresión social. In: _____. **Acción e ideología** – Psicología Social desde Centroamérica. 8.ed. El Salvador: UCA Editores, 1997. 459p.
- MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estud. Psicol.**, v.2, n.1, p.7-27, 1996.
- MARTINS, L.M. Psicologia sócio-histórica: o fazer científico. In: ABRANTES, A.A.; SILVA, N.R.; MARTINS, S.T.F. (Orgs.). **Psicologia social**: método histórico-social na Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p.118-138.
- MARTINS, S.T.F. et al. (Coords.). **Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família**. Relatório de Pesquisa. Botucatu: UNESP, 2008.

MARTINS, S.T.F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicol. Soc.**, v.15, n.1, p.201-217, 2003.

MARTINS, S.T.F. **Cotidiano e emoções no processo saúde-doença**: análise psicossocial da hipertensão essencial. 1994. 237f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, PUC. São Paulo, 1994.

MARX, K. O trabalho alienado. In: _____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1993. p.157-172.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: _____. **O Capital**: crítica da economia política. Volume 1. 8 ed. São Paulo: Difel, 1982a. Cap. V, p. 201-223.

MARX, K. A maquinaria e a indústria moderna. In: _____. **O Capital**: crítica da economia política. Volume 1. 8 ed. São Paulo: Difel, 1982b. Cap.13, p.423-576.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MELO, M.Z. et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicol. Estud.**, v.10, n.2, p.201-208, 2005.

MELO, V.M. **Uma experiência baseada no apoio matricial em saúde mental**: estratégia para um atendimento integral. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

MENEZES, A.B. **Figuras do feminino na canção de Chico Buarque**. 2.ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001.

MENEZES, T.C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.25, n.5, p.309-316, 2003.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MENDES, E.V. **A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário**. Brasília: OPS, 1993. p.7-19. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

MINAYO, M.C.S. et al. **Fala galera**: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(1):35-42, jan-mar, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

- MONTEIRO, L.F.P. **Convergências temáticas nas obras**: quadrilha de Carlos Drummond de Andrade e Flor da Idade de Chico Buarque, Belo Belo de Manuel Bandeira e Bandeira de Zeca Baleiro. 2008. 66f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade Ciências e Letras de Sorocaba, Sorocaba, 2008.
- MORAES, R.J.S. **O alcoolismo e o alcoolista no capitalismo**: a psicologia histórico-cultural na defesa da historicidade para o enfrentamento do problema. 2011. 239f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.
- MORETTI-PIRES, R.O. A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.2, p.93-111, 2009.
- NASCIMENTO, E.C.; NASCIMENTO, E.; SILVA, J.P. Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p.290-293, 2007.
- NASCIMENTO, E.C.; JUSTO, J.S. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.13, n.3, p.529-538, 2000.
- NOGUEIRA, C.M. **A feminização no mundo do trabalho**: entre a emancipação e a precarização. São Paulo: Autores Associados, 2004.
- NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.
- OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A.A.; SILVA, N.R.; MARTINS, S.T.F. (Orgs.). **Psicologia social**: método histórico-social na psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2005. p.25-51.
- OLIVEIRA, E.C.S.; MARTINS, S.T.F. Violência, sociedade e escola: da recusa do diálogo à falência da palavra. **Psicol. Soc.**, v.19, n.1, p.90-98, 2007.
- OLIVEIRA, E.M.; VIANNA, L.A.C. Violência conjugal na gravidez. **Estud. Fem.**, n.1, p.162-165, 1993. Disponível em: <<http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/article/download/16002/14502>>. Acesso em: Fev 2012.
- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.3, n.1, p.9-15, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, 2001.
- PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.
- PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998 .

PEDROSA, J.I.S. A “educação popular e saúde”: dispositivo de mediação entre direitos humanos e violência. In: **Direitos humanos e violência**: desafios da ciência e da prática. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004. p.273-283.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: relatos de experiências. Brasília, 2002.

PINTO, C.R.J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polít.**, v.18, n.36, p.15-23, 2010.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999.

PNUD/IPEA. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Relatório sobre Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília, 1996.

REBELLO, A.S.; CARVALHO, M.G.C. Metodologia para estudo do polimorfismo do gene da enzima álcool desidrogenase. **Rev. Cienc. Med. Biol.**, v.7, n.2, p.163-168, 2008.

REIS, J.R.T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S.T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social**: o homem em movimento. 13.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.99-124.

REINALDO, A.M.S.; PILLON, S.C. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.16, n.esp., s/p, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_05.pdf>. Acesso em: Jan 2012.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: _____. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p.1-73.

RIBEIRO, S.F.R. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006. 162f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

RITT, C.F. **A violência doméstica contra a mulher**: uma afronta aos direitos humanos, direitos fundamentais e a dignidade humana. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

ROMITO, P. Trabalho, maternidade e saúde as mulheres: algumas notas metodológicas. In: OLIVEIRA, E.M.; SCAVONE, L. (Orgs.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSSAS, K.L.C.; DIAS, M.S.A. CHAGAS, M.I.O. Caracterização das famílias de pacientes intensivos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS – AD) de Sobral – CE. **Sanare**, v.6, n.2, p.77-85, 2005/2007.

- SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. Pagu**, n.16, p.115-136, 2001.
- SANTANA, V.S.; OLIVEIRA, R.P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p. 797-811, 2004.
- SANTOS, A.M. Mídia e produções de subjetividade: questões da violência. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Mídia e psicologia**: produção de subjetividade e coletividade. 2.ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. 392p.
- SANTOS, I.M.M.; SANTOS, R.S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.714-719, 2008.
- SANTOS, E.C.V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.2, p.194-199, 2009.
- SARTI, C.A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Estud. Fem.**, v.12, n.2, p.264, 2004.
- SATO, L. Trabalho e saúde mental. In: CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: CUT, 1995. p.169-175.
- SAVI, E.S.A. **O sofrimento difuso das mulheres na maré**: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- SAVI, E.S.A.; VALLA, V.V. Convivendo na maré: reflexões sobre uma experiência de cuidado em saúde. **Rev. APS**, v.12, n.4, p.376-387, 2009.
- SAWAIA, B.B. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S.T.M.; SAWAIA, B.B. (Orgs.). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1995. p.157-168.
- SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violence against women: interfaces with Health care. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.3, n.5, p.11-26, 1999.
- SCHRAIBER, L.B. et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde Soc.**, v.9, n.1/2, p.3-15, 2000.
- SCHWARTZ, L.; WELCH, G.; WOLOSHIN, S. **Epidemia de diagnósticos**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954%20>>. Acesso em: 24 Set. 2008.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Ateneu, 2003. v.2, p.1142-1182.
- SENA, E.L.S. et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.2, p. 310-318, 2011.
- SILVA, M.A.M. Mortes e acidentes nas profundezas do ‘mar de cana’ e dos laranjais paulistas. **Interfacehs**, v.3, n.2, p.1-31, 2008.

SILVA, C.A.F.; OLIVEIRA, E.N.; COSTA, M.S.A. Concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS – AD) de Sobral – CE. **Sanare**, v.6, n.2, p.67-76, 2005/2007.

SILVA, L.G. **Vidas em silêncio e solidão**: aspectos da violência intrafamiliar que interferem na capacidade produtiva da mulher. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, GÊNERO E AS RELAÇÕES DE TRABALHO, 1., 2005. Goiás. **Anais...** Goiás, 2005.

SILVA, L.J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v.19, p.377-383, 1985.

SILVA, M.R.S. Família de alcoolista: o retrato que emerge da literatura. **Fam. Saúde Desenvol.**, v.5, n.1, p.9-18, 2003.

SILVA, N.R. **Violência no cotidiano da escola e processo formativo de professores**: alternativas para relações sociais que prescindam do uso da violência. 2006. 297f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – PUC, São Paulo, 2006.

SIMAO, M.O. et al. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.24, n.3, p.121-129, 2002.

SUANNES, A. **Fundamentos éticos do devido processo penal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

TAQUETTE, S.R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

TAVARES, D.M.C. **Violência doméstica**: uma questão de saúde pública. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, São Paulo, 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos**, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e medicalização social propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, v.10, n.20, p.347-362, 2006.

TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v.6, n.2, p.34-42, 2007.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Estatística do eleitorado por sexo e faixa etária**. Pesquisa Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatistica-do-eleitorado-por-sexo-e-faixa-etaria>>. Acesso em: MaJun 2012.

TRINDADE, M.E. et al. Filhos de Baco: considerações acerca dos efeitos do alcoolismo na família. **Comum. Ciênc. Saúde**, v.17, n.4, p.275-282, 2006.

VALLA, V.V. O que a saúde tem a ver com a religião. In: _____. (Org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VÁZQUEZ, A.S. Práxis e violência. In: _____. **Filosofia da práxis**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p.373-404.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.14, n.1, p.183-193, 2009.

VECCHIA, M.D. **A saúde mental no programa de saúde da família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 106f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VYGOTSKI, L.S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

VILLARINHO, L.; BEZERRA, I.; LACERDA, R.; LATORRE, M.R.D.O.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, supl., p.61-67, 2002.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2011**. Os jovens do Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2011.

WASELFISZ, J.J. Homicídio de mulheres no Brasil. In: _____. **Mapa da violência 2012**. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. (Caderno Complementar, 1).

APÊNDICES

APÊNDICE – A**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data da entrevista: __/__/__

Nº da Matrícula _____ Área _____ Micro-área _____ ACS _____

Dados gerais

Nome: _____

End: _____

Idade: _____

Sexo: F() M()

Estado Civil:

() Solteiro(a)

() Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)

() Casado(a)/união estável

() Viúvo(a)

Moradia:

Com quem mora? _____

Filhos: () SIM () NÃO Quantos? _____ idades atuais _____

Casa: () própria () alugada () cedida () outros _____

QUESTÕES NORTEADORAS - História de Vida⁵¹**1. ORIGEM**

(Onde você nasceu; Por que se mudou de lá; Para onde foi; Mudou-se para o bairro quando; Como foi o período de adaptação; Gostaria de morar em outro lugar? Por quê?)

2. ESCOLARIDADE

(Você estudou ? E sua família? Até que série ou grau; Se não, por quê? Está estudando atualmente)

3. CRENÇAS RELIGIOSAS

Você tem religião? Frequenta? Recebeu educação religiosa? Educa os filhos religiosamente? Você acha que a sua religião influencia no modo como você pensa e faz as coisas? Procura ajuda religiosa em algumas situações? Quais).

4. HISTÓRIA DE TRABALHO

(Você trabalha fora? Local; horas por dia; período que trabalha nesta atividade; algo que gosta no seu trabalho; algo que não gosta; Se não está trabalhando atualmente, já trabalhou em algum período? O que fazia? Motivo para deixar de trabalhar; Você se sentia melhor ou pior quando trabalhava fora de casa; Tem intenção de voltar a trabalhar?)

5. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

⁵¹ Baseado no roteiro de entrevista elaborado por MARTINS, S.T.F., 1994 - Tese de Doutorado.

6. RELACIONAMENTO FAMILIAR

(Quantas pessoas havia em sua família (pais, irmãos, avós, etc); A atividade deles (quantos trabalhavam e em que ocupação); Como foi a educação que você recebeu; percebia diferença entre a sua educação entre os irmãos? fatos que marcaram sua infância/juventude.

Atualmente vive com quem? Se casada, há quanto tempo? História do relacionamento (namoro, casamento, filhos, etc). relacionamento com o marido: conversam sobre o dia-a-dia; divergências no modo de lidar com a casa, os filhos, etc; o que acontece quando elas surgem?

Se não é mais casada, como é a relação com as pessoas com quem convive).

7. POSIÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA

(renda familiar mensal; fonte; Número de dependentes dessa renda (Parentesco, Idade, Outros familiares que não moram junto)

8. HÁBITOS

(O que faz no seu tempo livre; Fuma? Bebe? Há quanto tempo? Por quê? realiza alguma atividade que não seja trabalho? Por quê? Ou qual? Como reage quando está triste ou com raiva; na família, alguém fuma? Faz uso de álcool ou outras drogas? Presença de comportamento agressivo?)

9. SAÚDE

(Você tem algum problema de saúde? Atualmente está em acompanhamento em serviço de saúde? Desde quando? Você toma remédio? Há quanto tempo? Para que são indicados? Resolve seu problema? Em que serviços já foi atendido? Como se sente com relação aos sintomas? O que costuma fazer quando eles aparecem? Qual acha que é o fator desencadeador?)

10. PARTICIPAÇÃO EM GRUPO

(Como foi a experiência de ter participado do grupo de mulheres na USF; Como chegou a ele (se foi encaminhada por algum profissional, por que motivo); Por quanto tempo participou; Por que deixou de participar (se for o caso); Como se sente (sentia) participando (o que mais gosta(va), o que acha que pode(ria) ser diferente); Participou de outros grupos na USF? E em outros lugares?)



APÊNDICE – B
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Botucatu



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido a Sr^a. a participar da pesquisa sobre *Saúde mental e Saúde da Família*, cujo objetivo é investigar as necessidades de cuidado de Saúde Mental de famílias vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS), a ser desenvolvida por Ana Lúcia Martins, aluna regular do mestrado do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP. O projeto é orientado pela prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferreira Martins, do Dept^o. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, FMB-UNESP.

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa, concordo em participar da mesma, autorizando que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto, comprometendo a destruí-las após a conclusão do trabalho.

Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão aos pesquisadores, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo à minha vida pessoal ou profissional.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, a responsável por ela está disponível para prestar todos os esclarecimentos necessários⁵². Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (14) 3811-6143.

Assim, eu, _____

RG nº _____ concordo em participar da pesquisa.

Botucatu, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do (a) participante

 Assinatura da responsável pela pesquisa

Faculdade de Medicina de Botucatu

*Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP 18618-970 Botucatu São Paulo Brasil. Tel
 14 3811 6000*

¹ Ana Lúcia Martins (responsável pela pesquisa) – Rua Marília, 426 – Vila Antártica – Botucatu/SP – Email: analubtu@gmail.com – Telefone: (14) 9727-9763

Sueli Terezinha Ferreira Martins (orientadora da pesquisa) – Rua Daniel Zacarias, 852 – Jardim Paraíso – Botucatu/SP – Email: sueliterezinha@yahoo.com.br - Telefone: (14) 3813-5447.