

Alexandra Sofia Cântara Santos

“Nos bastidores do consumo: o álcool e a mulher”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2008

Alexandra Sofia Cântara Santos

“Nos bastidores do consumo: o álcool e a mulher”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2008

Alexandra Sofia Cântara Santos

“Nos bastidores do consumo: o álcool e a mulher”

Orientador – Professor Luís Santos

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte integrante
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciada em Serviço Social.

Porto, 2008

Resumo

O presente trabalho pretende contribuir para a identificação e compreensão da problemática associada ao consumo excessivo de álcool por parte das mulheres. Este interesse enquadra-se na necessidade actual de aprofundar o estudo deste fenómeno nas suas diversas manifestações, permitindo incrementar o conhecimento científico nesta área e, dessa forma, iluminar a intervenção dos diferentes profissionais.

O estudo segue uma metodologia qualitativa, baseada na recolha do testemunho junto de uma doente alcoólica do sexo feminino, que é acompanhada aproximadamente há 10 anos no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN. Este trabalho visa compreender, de forma aprofundada, o percurso de alguém que, por uma pluralidade de factores contextuais iniciou um percurso que, entretanto conduziu à dependência alcoólica.

Os resultados obtidos mediante a entrevista realizada a Maria (nome fictício) sugerem, à semelhança da literatura especializada nesta área, uma diversidade de factores explicativos do fenómeno em causa, desde factores individuais, a familiares e sociais. Quanto às motivações identificadas para o consumo, do discurso produzido pela nossa entrevistada é possível inferir uma percepção baseada na crença que o álcool terá funcionado como um refúgio face aos problemas vividos numa determinada época. Em relação às formas de consumo e seus contextos e também em conformidade com a literatura, foi possível constatar um consumo solitário, predominantemente em casa, encarado com uma certa vergonha, e traduzida num certo pudor em falar ainda hoje em dia sobre o assunto.

No que diz respeito à reabilitação do doente alcoólico ficou evidente que este é um processo longo, difícil e complexo, no qual interferem inúmeros agentes, sendo de destacar a importância da auto-determinação do próprio doente.

Aos meus pais e aos meus avós

*“ Sonhamos que é possível outro mundo e tornaremos realidade esse outro mundo
possível.”*

Luís Sepúlveda

Agradecimentos

Ao Professor Luís Santos, pelas palavras sábias de grande orientação e pelo excelente profissional e ser humano que é.

Ao Dr. Jorge Topa, pelos ensinamentos deste último ano, pelo profissional e ser humano de excelência, que é.

A todos os técnicos do CRAN pela ajuda e disponibilidade.

Aos Amigos(as) de curso: Já está quase!!!

Às minhas Amigas e Amigos pelas palavras de conforto e serenidade, e pelas “escapadelas” necessárias, neste ano tão atribulado!

À Nocas pela ajuda essencial, na recta final...

A toda a minha família.

Aos meus Pais, porque tudo o que acontece na minha vida só é possível devido a vocês!

A ti, Zé Tiago, pedaço de mim ...

A todas as pessoas que se cruzaram na minha vida e que me fizeram crescer como ser humano!

Índice Geral

Índice de Anexos

Índice de Tabelas

Introdução Geral	13
-------------------------------	-----------

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo I – O Alcoolismo

1.1. Introdução.....	16
1.2. Um pouco de história	18
1.3. Definição de alcoolismo	20
1.4. Álcool e bebidas alcoólicas	21
1.5. O consumo de bebidas alcoólicas.....	22
1.6. Epidemiologia portuguesa.....	24
1.7. Mitos relacionados com o consumo de álcool.....	26
1.8. Álcool como prática social e cultural	27
1.9. Modelos explicativos para o fenómeno do consumo de álcool.....	31
1.10. Tipos de Problemas Ligados ao Álcool (PLA).....	34
1.11. Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA)	35

Capítulo II – A Mulher Alcoólica

2.1. Introdução	37
2.2. Especificidade do alcoolismo na mulher e padrões de consumo.....	39
2.3. Evolução dos comportamentos femininos face ao consumo de álcool e factores de risco.....	42
2.4. Evolução do estatuto feminino e alcoolização.....	43
2.5. Dificuldades de diagnóstico.....	45
2.6. Comorbilidade psiquiátrica.....	47
2.7. Gravidez e Síndrome de Alcoolismo Fetal	49
2.8. Sexualidade na mulher alcoólica	51
2.9. Ciclo Menstrual e Síndrome Pré – Menstrual.....	54

2.10. Tratamento e reabilitação.....	55
Parte II – Estudo Empírico	
Capítulo III – Metodologia	
3.1.Introdução	60
3.2. Objectivos	62
3.3. Participante	62
3.4. Instrumento e Procedimentos.....	63
Capítulo IV – Análise e discussão dos resultados	
4.1. Introdução	67
4.2.Análise e discussão dos dados recolhidos.....	68
4.2.1 Primeiro contacto com o álcool e vida anterior.....	68
4.2.2. Viver com consumo.....	72
4.2.3. Viver em transição.....	82
4.2.4. Vida presente	84
Reflexões Finais	92
Referências Bibliográficas	95
Anexos.....	101

Índice de Anexos

Anexo 1 – Guião da Entrevista

Anexo 2 – Declaração de consentimento para participar no estudo

Anexo 3 – Matrizes Conceptuais

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Quadro das multifaces dos modelos explicativos para o consumo de álcool

Introdução Geral

O presente estudo de investigação foi elaborado no âmbito da monografia da Licenciatura em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa – UFP.

O objecto de estudo do nosso trabalho é o alcoolismo feminino. A escolha prende-se com o facto da problemática do alcoolismo ser, há várias gerações, uma realidade patente na nossa sociedade e no nosso dia-a-dia. O consumo de bebidas alcoólicas está profundamente enraizado nas tradições culturais da maior parte dos países e apesar do consumo médio não deixar de diminuir, a mitologia do álcool e, particularmente, a do vinho, conserva o seu valor incitativo (Adés & Lejoyeux, 1997). O alcoolismo é, sem dúvida alguma, um problema que abrange a população portuguesa, o consumo *per capita* no nosso país é dos mais elevados do mundo tendo sido, em 2000, o terceiro maior consumidor mundial (Mello, Breda & Barrias, 2001).

Quisemos, assim, estudar o caso particular do alcoolismo associado à mulher, por um lado, devido ao crescente número de mulheres a consumir álcool em excesso (Mourad & Lejoyeux, 1997; Hochgraf et al. *cit. in* Tung, Demétrio & Andrade, 2005) e por outro lado, por associarmos uma maior estigmatização social a esta realidade, comparativamente com o alcoolismo masculino (Ismail, 2002).

O alcoolismo na mulher tem características muito próprias, sendo, tendencialmente, um alcoolismo solitário, pouco suscitado pelo convívio, onde se verifica uma maior prevalência de comorbilidade psiquiátrica e uma maior percentagem de suicídio (Ismail, 2002). Geralmente, a mulher alcoólica encobre uma culpabilidade sustentada pela reprovação social face aos seus comportamentos enquanto consumidora.

Assim, e rentabilizando a experiência por nós construída ao longo do nosso estágio curricular, de um ano lectivo, no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN, optamos por esta temática. Tendo contactado de perto com esta realidade, vimos reforçada a importância da realização de um estudo na área do alcoolismo feminino, tendo definido como objectivo geral

da nossa investigação a aferição do percurso de uma doente alcoólica antes e depois da doença se ter instaurado.

A presente investigação contempla uma metodologia qualitativa com recurso à entrevista, com questões abertas e em profundidade, aplicada na forma directiva. Optou-se por um estudo qualitativo, pois os métodos utilizados neste género de pesquisa ajudam-nos, enquanto investigadores, a obter conhecimentos profundos e detalhados das opiniões do entrevistado.

Este trabalho está dividido em duas partes: uma parte teórica e um estudo empírico. A primeira parte, organizada em dois capítulos, corresponde à argumentação teórica do objecto de estudo proposto. No primeiro é abordada a problemática do alcoolismo, enquanto, que o segundo capítulo corresponde ao nosso projecto de investigação, onde abordamos especificamente o alcoolismo relacionado com a mulher, e nesta abordagem são focadas as problemáticas essenciais do nosso estudo.

A segunda parte, também organizada em dois capítulos, descreve a metodologia utilizada, no primeiro capítulo, enquanto que no segundo apresenta e discute os resultados obtidos.

Espera-se que o presente trabalho contribua para a compreensão da problemática alcoolismo associado à mulher e, desta forma, também, contribuir para que se libertem certos estereótipos e estigmas sociais associados à problemática do alcoolismo feminino.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – O Alcoolismo

1.1. Introdução

O álcool é uma das substâncias de uso e abuso mais antigas que se conhece. Pensa-se que o primeiro contacto do homem com o álcool tenha sido casual, talvez enquanto matava a fome e saciava a sede comendo uvas do chão que fermentavam sob o calor do sol (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

O álcool é uma droga psicoactiva que admite – dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias – um uso sem problemas. Contudo, o seu uso inadequado pode trazer graves consequências tanto a nível orgânico, como psicológico e social, caracterizando a condição conhecida como alcoolismo (Formigoni & Monteiro, 1997).

Na perspectiva dos mesmos autores, a passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para a noite. É um processo que admite uma longa transição entre o beber normal e o alcoolismo, na generalidade, de vários anos. Nesta transição, começam a aparecer os problemas relacionados com o uso inadequado e abusivo do álcool. O beber passa a ser prioritário em relação a outras actividades, adquirindo cada vez mais importância na vida do indivíduo.

Consideramos que não existe uma explicação universal (seja ela biológica, psicológica ou social) sobre a etiologia do alcoolismo. Na génese desta complexa condição, estão diferentes factores de vulnerabilidade. Todos os que bebem têm potencialmente possibilidade de se tornarem dependentes do álcool e a maior ou menor probabilidade vai depender da interacção entre os diferentes factores de vulnerabilidade (Formigoni & Monteiro, 1997).

Os problemas ligados ao álcool acarretam, assim, pela sua grande complexidade, múltiplas interacções, obrigando, por consequência, a uma abordagem pluridisciplinar. Em Portugal, beber é um acto social marcante, quase sempre relacionado com a ideia de comemoração ou até mesmo à alimentação (Bento & Sinde, 2006).

Face ao exposto, neste capítulo abordaremos a problemática do alcoolismo, com o objectivo de dar a conhecer melhor esta problemática, bem como aprofundar conhecimentos em relação à mesma.

1.2. Um pouco de história

O álcool surge na história do Homem estreitamente ligado aos rituais religiosos das comunidades mais primitivas e hoje marca ainda presença nos principais acontecimentos sociais. O aparecimento do vinho é referido no Livro do Génesis e atribuído a Noé: «Noé, o cultivador, começou a plantar a vinha. Bebendo vinho, embriagou-se e ficou nu dentro da sua tenda.» (Génesis 9: 20-21).

O cultivo da vinha ganha importância nas civilizações Grega e Romana. Na Grécia surge o culto Dionísio, deus da vinha e do vinho. Segundo Graves (1990), a trama de toda a lenda mística em torno de Dionísio assenta essencialmente na difusão de vinha através da Europa, Ásia e Norte de África. O vinho, porém, não foi inventado pelos Gregos. O triunfo de Dionísio deve-se ao facto de ter substituído todos os outros elementos excitantes pelo vinho.

Em Roma desenvolve-se o culto a Baco, deus da fertilidade e do delírio místico. As suas festas, de carácter orgiástico e onde o vinho desempenhava igualmente um papel fundamental no atingir do êxtase, eram designadas por bacanais (Graves, 1990). O consumo de bebidas alcoólicas representa, assim, um hábito com raízes ancestrais, ocupando já nas civilizações antigas um papel importante, associado a práticas rituais.

Na evolução da sociedade ocidental, embora o uso do vinho persista na simbologia da religião católica, os rituais deram lugar a hábitos de cariz social. Hoje não é possível conceber um casamento ou um baptizado onde não haja vinho com abundância. Assim, se o consumo do álcool tem raízes culturais ancestrais, o mesmo se poderá dizer do tipo de estabelecimento onde é consumido – a taberna/tasco. Em muitas regiões do nosso país, frequentar a taberna/tasco é uma espécie de ritual de iniciação à vida adulta. Através do álcool e do jogo, a taberna/tasco permite uma integração dos indivíduos do sexo masculino no grupo social, integração esta que passa pela aquisição de normas e hábitos transmitidos de geração em geração. No entanto, o álcool, quando é consumido em excesso, provoca alterações fisiológicas e comportamentais, socialmente indesejáveis.

Segundo Cooper (1987), até ao século XVIII os alcoólicos eram vistos socialmente como hedonistas, interessados apenas na busca do prazer, sem respeitarem os sentimentos dos

outros. De acordo com Cordeiro (2002), o consumo de novas bebidas surgiu com o decorrer dos anos e no final do século XVIII, inícios do século XIX, desenvolve-se a concepção de embriaguez como doença. Pensa-se que conceito de alcoolismo, como doença e não como vício, só terá surgido no século XVIII, depois de uma crescente produção e comercialização do álcool destilado, conseqüente à revolução industrial (Gigliotti & Bessa, 2004).

A partir da Revolução Industrial o consumo de álcool atingiu níveis até então desconhecidos. Nos Estados Unidos, durante os anos vinte, o número de alcoólicos crescia assustadoramente. As campanhas de esclarecimento não surtiam efeito. Desta forma o Congresso norte-americano decidiu impor a famosa “*lei seca*” que iria durar treze anos (Cordeiro, 2002).

As primeiras instituições destinadas ao tratamento de alcoólicos enfatizavam a reabilitação moral destes doentes. Esta perspectiva moralista foi suplantada pela nova visão médica do alcoolismo. Nestas reflexões científicas iniciais, o estudo das causas e das conseqüências do consumo excessivo do álcool é essencialmente biológico. No entanto, em termos sociais, contribuíram para que o julgamento moral dos alcoólicos fosse progressivamente substituído por uma abordagem clínica. O alcoólico progressivamente foi perdendo o estatuto de «viciado», que lhe atribuíam as correntes moralistas, e passou a ser visto como um doente.

Para esta lenta evolução da maneira de encarar o alcoolismo contribuiu decisivamente o movimento dos Alcoólicos Anónimos, fundado em 1935. A divulgação da filosofia dos Alcoólicos Anónimos levou a uma crescente popularidade da ideia que o alcoolismo é, de facto, uma doença.

O álcool, ao que parece, nem sempre teve esta designação, segundo Ferreira-Borges & Filho (2004), o álcool só tomou este nome em finais do século XVI, sendo até então conhecido pela eloquente e apelativa designação *aqua vitae*.

Actualmente, na Europa o consumo de álcool tem aumentado, assistindo-se a alterações em termos quer de padrão de consumo, quer do tipo de bebida ingerida. Estas alterações são também visíveis em Portugal, tendo o consumo de álcool se situado, em 2000, entre os mais elevados do mundo (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

O problema do alcoolismo não diz unicamente respeito ao alcoólico, mas também aos membros da sua família, sendo estes muito afectados no plano afectivo e no seu dia-a-dia, sentindo-se ainda tão ou mais desamparados do que o doente. Esta dependência faz com que toda a família se sinta atingida, bem como provoca um certo isolamento do mundo. O alcoolismo, é assim, mais do que um problema individual. Tratando-se de uma doença, o alcoolismo não é uma fraqueza, nem um vício. Caracteriza-se por uma dependência do álcool (etanol), do ponto de vista físico e psíquico.

1.3. Definição de alcoolismo

Desde que o alcoolismo começou a ser encarado como doença, no século XVIII, e não como um vício, têm surgido centenas de definições, sem que nenhuma delas satisfaça inteiramente os autores. Segundo Rossaux, Kreit & Hers (2002), o alcoolismo deve ser considerado actualmente, em todo o mundo ocidental, como um grave problema de Saúde Pública. A taxa de prevalência oscila entre os 1% e 10% da população, variando em função das diferentes definições de alcoolismo e dos critérios de medida.

A multiplicidade das definições globais de alcoolismo torna difícil dar a conhecer todos os significados do termo alcoolismo. Cada um deles, em nome de um conceito etiopatogénico ou clínico do alcoolismo, dá maior relevância a um ou outro dos aspectos do comportamento alcoólico.

Assim, sendo difícil definir alcoolismo, começam a surgir classificações e tipificações de alcoólicos, de forma a melhor se poder contextualizar toda a problemática relacionada com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Porém, foi ao longo de todo o Século XX que o fenómeno da dependência de álcool e de drogas adquiriu cada vez mais importância ao, tanto a nível conceptual como diagnóstico, facto que conduziu a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit. in* Mello et al., 2001, p. 15), a destacar uma definição em que considera o alcoolismo como uma doença e o alcoólico como doente. Sendo que:

“Os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a sua saúde física ou mental, as suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico, quer ainda pródromos de perturbações desse género devem ser submetidos a tratamento.”

Em 1960, Jellinek (*cit. in* Dias, 2006), abordou o conceito de doença associado ao alcoolismo, privilegiando a repercussão negativa, a nível pessoal e social, definindo-o como uma doença evolutiva, com um curso fixo e previsível uma vez atingida a dependência, sublinhando a perda de controlo sobre a quantidade de álcool que o indivíduo ingere.

Por outro lado, em 1967, Fouquet (*cit. in* Adés & Lejoyeux, 1997), criou a noção de «alcoologia» e refere que é uma disciplina consagrada a tudo o que trata do mundo do álcool etílico: produção, conservação, distribuição, consumo normal e patológico com as implicações desse fenómeno, causas e consequências a nível individual e colectivo. Esta disciplina assenta em três pilares: na psicologia, na fisiologia e na bioquímica e ainda na sociologia.

Goodwin (*cit. in* Adés e Lejoyeux, 1997), define de forma mais simples o alcoolismo como sendo uma compulsão a beber, com consequências negativas para o próprio ou para os outros.

A dificuldade em definir o alcoolismo deve-se ao facto deste possuir etiologias variadas e um carácter multi-dimensional. Roussaux, Kreit & Hers (2002), definem a doença de um ponto de vista triplo: o agente (que seria o etanol), o hospedeiro (que seria o indivíduo, com as suas características pessoais) e o meio (que poderá englobar o social, o geográfico, o climatérico, entre outros).

1.4. Álcool e bebidas alcoólicas

Segundo Mello et al. (2001), bebidas alcoólicas são bebidas que, como o próprio nome indica, contêm álcool. O álcool etílico ou etanol, molécula de fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ é o principal álcool destas bebidas, que o contêm em diferentes concentrações.

O etanol é um líquido sem cor, volátil, com um cheiro característico, de sabor queimoso e com uma densidade 0,8. É miscível com a água, ferve a 78,5 graus e pode separar-se da água por destilação (Mello et al., 2001).

O álcool é um produto de fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais, entre outros) sob a influência de microorganismos, nomeadamente leveduras (Mello et al., 2001).

As bebidas alcoólicas são consumidas, de forma praticamente exclusiva, por via oral, sendo obtidas, como já foi acima referido, através da fermentação e destilação, mas existe um uso esporádico, por via endovenosa. Consoante se trate de um procedimento ou de outro, conseguem-se bebidas com diferentes graduações alcoólicas (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Mello et al. (2001), consideram que há dois grandes grupos de bebidas alcoólicas:

Bebidas fermentadas – que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela acção das leveduras (vinho, cerveja, água-pé, cidra e outras bebidas provenientes do sumo de outros frutos);

Bebidas destiladas – que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação. Através de um processo de evaporação das bebidas fermentadas, podem obter-se bebidas mais graduadas (aguardentes, aperitivos, licores, entre outros).

1.5. O consumo de bebidas alcoólicas

A produção, distribuição e consumo são aspectos que estão intimamente relacionados e que se influenciam reciprocamente. Portugal situa-se entre os países de maior produção e consumo vinícolas e embora se tenham, verificado nos últimos anos aumentos de consumo em alguns países da Europa, Portugal e França continuam a ocupar posições cimeiras entre os maiores produtores/consumidores de bebidas alcoólicas (Mello et al., 2001).

A quantidade de álcool a partir da qual o consumo é excessivo, tem a ver com o sexo e as diferentes capacidades de metabolização hepática do etanol. Devemos considerar nocivo o consumo repetido do indivíduo que ignora as consequências nefastas do abuso (Ismail, 2002). Segundo Mello et al. (2001), cada português gasta, em média, 150 euros por ano em bebidas alcoólicas, mais do que na maior parte dos produtos alimentares; de realçar que este montante sobe para 1500 euros no caso de doentes alcoólicos.

O consumo de álcool e de bebidas alcoólicas é medido, ao nível populacional, em termos de consumo *per capita*. O seu cálculo é baseado na totalidade de bebidas alcoólicas consumidas em Portugal, que é estimado com base em estatísticas de produção e vendas das diferentes bebidas alcoólicas, tendo, também, em conta as exportações e importações (Mello et al., 2001).

Para os mesmos autores, o consumo *per capita* de 12 países, membros da União Europeia, situa-se acima dos oito litros de álcool puro por ano. Em Portugal, o consumo *per capita* é dos mais elevados do mundo, tendo-se situado, em 2000, em 10,8 litros de álcool puro, sendo, assim, o terceiro consumidor mundial, como já referimos anteriormente (Mello et al., 2001).

Segundo os mesmos autores, paralelamente ao que vem acontecendo em outros países, também em Portugal os hábitos tradicionais de consumo de bebidas alcoólicas parecem ter sofrido, nos últimos anos, mudanças, destacando-se as seguintes tendências:

- marcado aumento de consumo de cerveja;
- crescente consumo de bebidas alcoólicas pela mulher;
- crescente consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens;
- crescente consumo de bebidas destiladas;
- consumo de novas bebidas;

- internacionalização e uniformização dos hábitos de beber.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas que se verifica em Portugal causa enormes custos em termos de Saúde Pública. Acredita-se que o consumo excessivo de álcool parece diminuir a esperança média de vida, estando o consumo associado a um elevado número de mortalidade e morbidade.

1.6. Epidemiologia portuguesa

Quando, no campo da alcoologia e da doença crónica, se fixa a atenção no binómio saúde-doença, analisando o seu equilíbrio e os factores que os põem em risco, depressa se reconhece que numerosos vectores condicionam esse equilíbrio, entre os quais se destacam os genéticos, os ecológicos, os económicos, e sócio-culturais. No reconhecimento desta inter-relação dinâmica, dando uma nova perspectiva de saúde, assenta a abordagem epidemiológica do alcoolismo (Cordeiro, 2002). O mesmo autor considera que, sem dúvida que o termo epidemiologia não é novo. Existem provas de que ele remonta aos tempos de Hipócrates, na Antiga Grécia.

A palavra “epidemiologia” tem origem etimológica no grego e significa conhecimento ou estudo (logos) sobre (epi) a população (demos). Actualmente, a definição mundialmente aceite é a que se pode encontrar no Dicionário de Epidemiologia (*cit. in* Ferreira-Borges & Filho, 2004, p. 47)., patrocinado pela associação Internacional de Epidemiologia:

“ É o estudo da ocorrência, da distribuição dos acontecimentos, problemas e estados de saúde em populações especificadas e dos seus factores determinantes, bem como a aplicação deste estudo ao controlo dos problemas de saúde.”

O estudo do alcoolismo em Portugal faz, de imediato, ressaltar a importância do fenómeno de alcoolização geral de uma população que, dir-se-ia, em risco permanente, tal a força patogénica, por um lado, dos factores sócio-culturais envolvendo tradições, costumes e falsos conceitos transmitidos ao longo de gerações e determinando hábitos, atitudes; e, por outro lado, das características do meio, país rico na produção do “agente”, o álcool das bebidas alcoólicas (Cordeiro, 2002).

De acordo com Pombo (2006a), há a catalogação de Portugal como um dos maiores consumidores de álcool no mundo, enquadrado num modelo de ingestão de álcool tradicionalmente caracterizado pelo consumo de vinho diário, particularmente às refeições e numa permutação global dos padrões de beber dos países industrializados, designadamente com o aumento do consumo de cerveja.

Segundo Lino (2006), o alcoolismo em Portugal é um dos maiores problemas de Saúde Pública, tendo consequências dramáticas para a saúde dos portugueses, quanto ao consumo excessivo de álcool quer seja agudo ou crónico. É a terceira maior causa de morte em Portugal, seguido de doenças cardiovasculares e das neoplasias, sendo responsável por, aproximadamente, 6% de óbitos em Portugal.

A primeira causa de morte induzida pelo consumo excessivo de álcool deve-se a neoplasias das vias aerodigestivas superiores, causadas pela associação de tabaco e álcool, enquanto segunda a causa deve-se a cirroses. Outras causas de mortalidade pelo alcoolismo são acidentes de viação, acidentes de trabalho, homicídios voluntários e suicídios (Lino, 2006).

Ainda segundo o mesmo autor, actualmente, o número de bebedores excessivos e dependentes em Portugal é difícil de contabilizar com precisão. Admitem-se, na generalidade, um milhão de bebedores excessivos e cerca de 500 mil dependentes. No âmbito hospitalar, estima-se que haja uma prevalência de 25% de homens e 10% de mulheres com problemas ligados ao álcool.

O alcoolismo representa, assim, a maior toxicod dependência nacional, com repercussões fatídicas ao nível das taxas de morbilidade e mortalidade associado ao consumo patológico do álcool (Pombo, 2006a).

Os resultados estatísticos nacionais revelam, em termos gerais, uma diminuição da prevalência de consumidores de álcool, maioritariamente nos homens e uma diminuição da quantidade média do consumo de álcool (gramas). Aparentemente, o consumo de vinho está a diminuir, contrariamente ao consumo de cerveja que tem vindo a aumentar nos últimos anos. Esta inversão parece dever-se ao facto de a cerveja cada vez mais ser a bebida de eleição de muitos jovens (Pombo, 2006).

Por outro lado, há estudos que evidenciam que as bebidas alcoólicas são consumidas predominantemente em casa, pelas mulheres, já os homens consomem as bebidas alcoólicas fora de casa. Ainda a este propósito é importante salientar que a bebida com maior consumo em Portugal é a cerveja, seguida pela água (engarrafada) (Moreira, 2000).

Os dados epidemiológicos relativos às perturbações do uso do álcool, demonstram que o seu consumo excessivo provoca profundas ramificações sociais, médicas e psicológicas, não só para o indivíduo, mas também para todos quantos o rodeiam, devendo esta problemática estar cada vez mais alerta nas agendas sócio-políticas daqueles que nos regem (Pombo, 2006).

Apesar das pessoas, na maioria dos casos, terem o conhecimento de que a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas pode ser prejudicial à saúde, alguns deles continuam a beber de uma forma preocupante. Esta situação atinge o seu auge nos dependentes alcoólicos, que, apesar de todas as complicações que a ingestão acarreta para a sua saúde, leva alguns deles à morte.

1.7. Mitos relacionados com o consumo do álcool

No caso do consumo de álcool, os mitos e ideias falsas que temos acerca dos seus efeitos tornam-no poderoso (Ismail, 2002). O álcool é uma bebida consumida como alimento e às vezes como remédio, e possui um rico significado simbólico quando usado em costumes e rituais sociais, culturais e religiosos (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

De acordo com Coutinho, Morais, Salgadinho & Marques (1995), há porém, que repor a verdade relativamente a alguns mitos falsos sobre os "benefícios" do álcool:

O álcool não aquece – O que acontece, de facto, é que o álcool faz a dilatação dos pequenos vasos sanguíneos da pele, aumentando a quantidade de sangue (quente) ao nível da pele e dando por isso a sensação de calor. Infelizmente, isto faz com que o calor do corpo se dissipe mais facilmente para o exterior, levando mais rapidamente à morte por enregelamento em condições extremas.

O álcool não mata a sede – A única bebida que mata a sede é a água. Todas as bebidas alcoólicas têm água em percentagens variáveis mas, o álcool que também contém produz perda de água pela urina, o que significa que beber uma bebida alcoólica para matar a sede pode provocar mais sede.

O álcool não dá força para o trabalho físico – O álcool atendendo ao seu efeito anestésico diminui a sensação de cansaço, o que pode ser perigoso, porque o cansaço é um mecanismo que o nosso organismo tem para nos avisar de que devemos parar o esforço antes de atingirmos o nosso limite. De qualquer maneira, o álcool não aumenta a força física, porém é muito rico em calorias, e estas calorias têm o problema de nunca serem utilizadas pelo músculo, mas sim para os processos de metabolismo basal. Isto significa que beber álcool engorda, mas não dá energia para trabalhar.

O álcool não é um digestivo – numerosas vezes há tendência, após uma refeição abundante, a ingerir-se uma bebida alcoólica de elevada graduação, para ajudar a digestão, ao proceder-se desta forma verifica-se a maior parte das vezes a sensação de “esvaziar” rápido do estômago o que se deve a um aumento dos movimentos naturais de contracção do estômago no decurso da digestão.

Com a apresentação destes mitos, pretende-se desmistificar um pouco a ideia de que as bebidas alcoólicas têm certas propriedades benéficas para o indivíduo, nomeadamente, em Portugal, infelizmente, onde ainda a maior parte das pessoas acreditam nestes mitos e pensam desta forma.

1.8. Álcool como prática social e cultural

No nosso país, incondicionalmente permissivo ao álcool, são poucas as pessoas que têm noção correcta do que é beber em excesso. Vulgarmente, só se considera existir abuso quando o indivíduo fica completamente embriagado (Ismail, 2002).

O álcool é, como sabemos, uma droga legalizada e comercializada na sociedade, que faz parte dos hábitos alimentares humanos, sendo um elemento quase indissociável dos eventos sociais e recreativos (Ferreira-Borges & Filho, 2004). E como referimos anteriormente, muitas vezes é consumido como alimento e remédio, e possui um rico significado simbólico quando usado em costumes e rituais sociais, culturais e religiosos (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Na óptica de Pombo (2006), a utilização lícita de bebidas alcoólicas está fortemente entrosada na cultura e economia da maioria dos países Europeus inteiramente permissivos ao consumo do álcool. Aludindo pelas diferentes culturas e tradições, a qualificação do álcool como “lubrificador de relações sociais humanas”, regulamenta os fenómenos que disciplinam a “normalidade” social vigente.

O consumo de bebidas alcoólicas não produz problemas individuais nem sociais *per se*. No entanto, quanto mais o seu uso se estende, maior é o número de indivíduos que apresentam problemas derivados do seu uso (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Conforme referem os mesmos autores, a história do uso de drogas demonstra que, tanto os padrões de consumo de uma substância, quanto as suas consequências têm sido considerados de formas diferentes, de acordo com a cultura onde estão inseridos e, de acordo com os seus próprios valores, assumindo assim, uma determinada posição.

A disponibilidade do álcool e os factores que influenciam essa disponibilidade (como as influências económicas) não são os únicos factores importantes num nível populacional. A aceitação do consumo de álcool também desempenha um papel relevante e isso é determinado em grande parte por valores sociais e culturais. Entretanto, tais influências actuam em vários níveis como, por exemplo, as influências nacionais e raciais, religiosas, ocupacionais e familiares podem desempenhar um papel (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Por um lado, algumas culturas e sociedades promovem a abstinência total, como a cultura islâmica e os Estados Unidos durante a proibição. Nestes casos, a influência sobre o beber é explicitamente negativa. Por outro lado, as culturas permissivas, incluindo os países mediterrâneos, onde o beber é activamente endossado e estes países possuem altos índices de morbidade atribuíveis, por exemplo, à cirrose alcoólica. Em tais extremos, pode existir uma

mistura de influências culturais, encorajando ou desencorajando o acto de beber (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Ainda segundo os mesmos autores, a cultura pode influenciar o padrão e o contexto, assim como a quantidade de consumo de álcool e o padrão deste consumo pode, por sua vez, ser determinante nos problemas com a bebida. Em França e Portugal, por exemplo, o consumo habitual de vinho às refeições está associado a um consumo *per capita* relativamente alto e constante, que predispõe a complicações médicas crónicas, tais como cirrose e alguns tipos de cancro.

Em alguns centros urbanos do Reino Unido e na América do Norte, particularmente, entre os homens da classe trabalhadora, é provável que o consumo de álcool seja feito fora de casa, em quantidades grandes durante reuniões em bares. Este padrão de beber até à intoxicação parece estar mais acompanhado por consequências sociais adversas, tais como conflitos conjugais, acidentes, violência interpessoal ou infracções por embriaguez (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Para Mac Andrew & Edgerton (*cit. in* Edwards, Marshall & Cook, 1999), a cultura pode também influenciar o modo como as pessoas se comportam quando intoxicadas, assim, o comportamento de embriaguez pode ser não só determinado por efeitos biológicos do álcool, mas também por expectativas sociais e culturais de como as pessoas vão comportar-se quando bebem.

No entanto, segundo Schuckit (1998), ao nível de padrões de ingestão, não existem factores considerados importantes no desenvolvimento do alcoolismo de uma dada cultura, que possam tornar-se extensíveis a muitas outras culturas. A cultura familiar também pode ser uma influência importante sobre o beber. Além das influências genéticas, é provável que os filhos herdem os padrões de beber excessivo ao aprender tal comportamento, bem como outros valores e crenças associados ao beber dos seus pais. Quando os rituais familiares (incluindo tradições familiares, o modo de celebrar ocasiões especiais e as rotinas diárias) não são perturbados pela ingestão parental, e quando os filhos deliberadamente estabelecem novos rituais quando casam, parece menos provável que o alcoolismo seja transmitido para a próxima geração (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

De acordo com as actas do grupo de trabalho do “Álcool” da Conferência sobre Determinantes da Saúde na União Europeia (*cit. in* Ferreira-Borges & Filho, 2004), a cultura do álcool, com os seus estereótipos, cerca-nos por todo o lado. O álcool está continuamente presente na nossa vida diária, além de que alguns estilos de vida estão totalmente baseados no seu consumo, tanto em adultos como em jovens, incluindo adolescentes.

Podemos também evidenciar que o elevado consumo de bebidas alcoólicas decorre inevitavelmente da sua acção psicotrópica em que se podem observar certos benefícios a nível individual, como a convivialidade, sociabilidade e, nalguns casos, solidariedade, decorrentes da acção desinibidora e ansiolítica do álcool ou etanol (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Para Adés & Lejoyeux (1997), o saber beber é, pois, um vector importante da convivialidade dos seres humanos e, portanto, da integração social. Assim, beber álcool é um comportamento social cujas funções hedónicas ligadas às propriedades psicotrópicas positivas do etanol em doses fracas são inegáveis e que permite a feliz partilha de uma convivialidade, o acesso a uma cultura comum que define as tradições da festa e que também adorna as cerimónias mais simples da vida do dia-a-dia.

O uso de bebidas alcoólicas começa a tornar-se um problema social quando existem circunstâncias sociais e culturais que, por um lado, fomentam e tornam possível o seu consumo generalizado, com todas as consequências e, por outro lado, se desenvolvem condutas de repressão, incompatíveis com o consumo excessivo (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Ainda segundo Ferreira-Borges & Filho (2004), culturalmente estamos perante uma sociedade que tem sofrido transformações e a sua evolução tem-se feito com uma velocidade e dimensão que vão para além da escala humana. A cultura que se desenvolve pressiona cada vez mais o indivíduo a consumir certas substâncias, como o álcool, para que o ajudem a alcançar resultados que a sociedade exige. Neste contexto, a cultura ocidental há muito que legitimou o álcool como substância aditiva bem-vinda quando, dum modo artificial, se pretende mudar os estados de consciência, da população em geral, para este problema (Ismail, 2002).

1.9. Modelos explicativos para o fenómeno do consumo de álcool

Ao longo de décadas, inúmeros autores e especialistas desenvolveram diversos modelos referentes às diversas dimensões do consumo de álcool. Desta forma encontramos modelos explicativos numa perspectiva moral, médica ou de doença, psicológica ou psicossocial sociológica ou sócio-cultural. Segundo Pillon & Luís (2004), e tendo como base todas essas dimensões elaborou-se uma síntese dos modelos mais utilizados:

1. Modelo Ético Legal

Trata-se de uma concepção vinculada aos profissionais de direito e segurança social. As causas estão nas atitudes anti-sociais e/ou imorais de certos grupos de transgressores. Neste modelo, considera-se o problema como qualquer acto de transgressão que requer interferência baseada na sua sanção legal (Pillon & Luís, 2004). A intervenção preventiva deste modelo baseia-se em medidas de carácter positivo e punitivo, operando por meio dos sistemas legislativo, judicial e policial.

2. Modelo Moral

Segundo Pillon & Luís (2004), neste modelo explicativo os indivíduos são considerados os responsáveis tanto pelo início e desenvolvimento do problema, como também pelas soluções. A principal limitação deste modelo é que as pessoas são levadas a sentir-se culpadas pelo desenvolvimento do problema e a pensar que não conseguirão alterar com sucesso o seu comportamento.

3. Modelo Médico ou de doença

Este modelo baseia-se na suposição de que a dependência de substâncias psicoactivas seja entidade patológica distinta e de carácter progressivo, com origens ou manifestações físicas e necessita de tratamento médico. Este modelo implica aceitar que o abuso de substâncias exerce um papel de doença e o indivíduo espera ser tratado como doente.

A intervenção preventiva, no presente modelo, centra-se no valor que as pessoas dão à saúde, e fomenta a educação no conhecimento da acção e malefícios de determinadas drogas no organismo. Este modelo considera que o indivíduo consciente pela educação recebida evita o uso abusivo (Pillon & Luís, 2004).

4. Modelo Psicológico

Na óptica de Pillon & Luís (2004), este modelo inclui a aprendizagem social, a interacção familiar e os traços de personalidade do indivíduo. O primeiro, propõe que o comportamento social é aprendido através da observação e imitação, ou seja, mostra que o exemplo dos pais é um factor determinante no padrão inicial do consumo de substâncias.

O modelo de interacção familiar enfatiza a função do comportamento dos pais no abuso de bebida, no caso de se tratar de alcoolismo, assim o ambiente familiar é visto como parte fulcral na determinação do consumo de álcool e sugere que o alcoolismo está conscientemente relacionado com negligência, distanciamento emocional, rejeição por parte dos pais e tensão familiar (Pillon & Luís, 2004).

Por último, a atribuição de características específicas de personalidade, estaria associada a factores de falta de maturidade, conflitos intrapessoais e interpessoais, baixa auto-estima, depressão, ansiedade, entre outros (Pillon & Luís, 2004).

5. Modelo Sociológico ou Sócio-cultural

Este modelo concebe a problemática dos consumos como o resultado de inúmeras forças sociais. A sua explicação, a respeito do uso de substâncias, enfatiza a função do meio cultural com as suas crenças, valores e atitudes que conduzem a comunidade ou os seus grupos específicos no caminho do consumo (Pillon & Luís, 2004). É um modelo ambientalista que destaca a importância do ambiente na conduta do indivíduo, na interacção de elementos sociológicos e culturais.

Ainda no contexto deste modelo, os factores sociológicos, como o desemprego, a privação social, entre outros, podem ter efeitos importantes sobre o início e o uso continuado do álcool pelo indivíduo. Também o sexo, idade, religião, raça, condições socioeconómicas e ambiente familiar influenciam directamente a opção individual de usar ou não o álcool (Pillon & Luís, 2004).

Estes autores, consideram que a acção preventiva proposta por este modelo tem como objectivo principal a mudança das condições sociais dirigidas a grupos marginalizados, visando a melhoria da qualidade de vida e da sua integração na comunidade.

Assim, seguidamente apresenta-se um resumo destes modelos explicativos para o consumo de álcool:

	Moral	Doença	Comportamento	Psicossocial
Etiologia	Fraqueza de carácter	Factores biológicos possivelmente genéticos	Distúrbios do comportamento e do aprendizado	Factores ambientais e sociais
Objectivo do Tratamento	Controlo do comportamento através do desencorajamento e punição	Abstinência para interromper a progressão da doença	Alternativas do comportamento e do aprendizado ou incompatibilidade com o uso de substâncias	Melhorar o funcionamento social
Vantagens	Responsabilidade para mudar o uso escondido	Sem culpa ou punição	Sem culpa ou punição. O consumidor é responsável por novas aprendizagens	Fácil integração com outros modelos
Desvantagens	Punição	O indivíduo é isento da responsabilidade nas mudanças. Ignora os	A tendência a ignorar que o uso excessivo do álcool afecta a personalidade do individuo	Mudanças nas situações sociais são suficientes para a recuperação

		factores psicológicos, culturais e ambientais		
--	--	-----------------------------------------------	--	--

Tabela 1 – Quadro das multifaces dos modelos explicativos para o consumo de álcool (Pillon & Luís, 2004).

É importante realçar que estes modelos, na prática, se sobrepõem e que não existe um modelo correcto para os problemas relacionados com o álcool. Todos estes modelos procuram explicar a origem dos problemas relacionados com o abuso de álcool, mas enquanto uns focam apenas um aspecto de intervenção numa abordagem particular, existem outros que traçam uma variedade de opções de intervenção (Pillon & Luís, 2004).

Tendo uma amplitude de acção maior, este quadro teve o propósito de oferecer diferentes perspectivas no entendimento do abuso de substâncias e, no nosso caso, do consumo de álcool.

1.10. Tipos de Problemas Ligados ao Álcool (PLA)

O risco do álcool e da doença alcoólica, nas suas diversas repercussões, está patente em todas as sociedades e pode atingir grupos diversos, bem como variados sectores, e assim engrandece-se o vastíssimo leque dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), cuja tipologia é seguidamente descrita (Mello et al., 2001):

Problemas Ligados ao Álcool, no indivíduo – efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas situações (ex: gravidez, aleitamento e menoridade).

Problemas Ligados ao Álcool, na família do bebedor – perturbações da família e do lar do alcoólico; a descendência do alcoólico – crianças “filhas de alcoólicos” e suas perturbações.

Problemas Ligados ao Álcool, no trabalho – diminuição de rendimento laboral, aumento do absentismo e ocidentalidade, reformas antecipadas.

Problemas Ligados ao Álcool, na comunidade – perturbações nas relações sociais e da ordem pública; delitos, actos violentos, criminalidade; desemprego, vagabundagem; degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade; acidentes de viação.

Na perspectiva de Moreira (2006), os Problemas Ligados ao Álcool apresentam a magnitude de um grave problema de Saúde Pública, atingindo o indivíduo, a família e a comunidade, nas mais variadas formas. Estes problemas mostram-se, com baixo controlo, dado o grande número de variáveis em jogo, seja a montante ou a jusante dos problemas ligados ao álcool.

1.11. Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA)

Para Ismail (2002), a maioria das pessoas não encara o álcool como uma droga, isto é, uma substância capaz de alterar o funcionamento psíquico e susceptível de provocar dependência. O seu consumo faz parte da cultura ocidental e está completamente enraizado dia-a-dia de todos nós. Esta situação privilegiada torna a prevenção do abuso do álcool algo mais complexo do que a prevenção do abuso duma substância aditiva ilegal.

Ao longo dos tempos, a preocupação do Homem em combater os efeitos indesejáveis do uso de álcool, tomando e preconizando medidas de carácter preventivo, tem-se manifestado separadamente (Mello et al., 2001). Tratar e prevenir as consequências da utilização excessiva de bebidas alcoólicas, não é tarefa fácil num país com as características de Portugal.

Na óptica de Ferreira-Borges & Filho (2004), no desenvolvimento de programas de intervenção, destinados à prevenção de problemas ligados ao consumo de álcool, é fundamental o conhecimento sobre os padrões e volumes de consumo de bebidas alcoólicas, das suas consequências agudas e crónicas sobre a saúde dos indivíduos e das populações, e dos factores que os determinam.

O objectivo geral da prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool, passa pela: diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas através de acções que se lhes antecipem, nos seus desenvolvimento e efeitos (Mello et al., 2001).

Para os mesmos autores, na intervenção preventiva distinguem-se três níveis:

Prevenção Primária – medidas de ordem legislativa e económica, que possam limitar o acesso; medidas de ordem informativa e educativa, que limitem a procura; medidas de ordem geral de educação para a saúde, que promovam a saúde do Homem.

Prevenção Secundária – medidas de intervenção precoce no diagnóstico e tratamento imediato dos indivíduos já atingidos.

Prevenção Terciária – medidas terapêuticas que limitem as consequências da doença; medidas relativas à reintegração social do alcoólico tratado, à sua readaptação à sociedade e implicação desta no seu processo de reajustamento.

Os resultados de uma intervenção preventiva tornam-se mais favoráveis, através da prática de estratégias e métodos diversificados, onde a educação geral tenha sempre o seu espaço, à semelhança da legislação e das medidas de ordem económica e social, de diagnóstico e tratamento de indivíduos doentes e da sua reintegração social (Mello et al., 2001).

Segundo Cordeiro (2002), é essencial ter sempre em consideração que a verdadeira prevenção do alcoolismo assenta numa correcta consciencialização da dimensão real do problema.

Capítulo II – A Mulher Alcoólica

2.1. Introdução

A associação do género feminino ao consumo abusivo de álcool, só em meados dos anos 80 é que provocou alguma atenção dos investigadores, contrariamente à investigação que tem sido feita da relação entre homem e consumo abusivo de álcool (Costa & Teixeira, 2005). De facto, estas duas formas de beber são diferentes na sua etiologia, factores de manutenção, bem como nas consequências que podem acarretar, isto de acordo com a maior parte da comunidade científica.

Verifica-se, na mulher, um recente aumento da frequência dos comportamentos alcoólicos, particularmente nas mulheres jovens, entre os 21 e os 34 anos, socialmente desinseridas, sem emprego e sem família. Enquanto que entre os 25 e os 49 anos, as mulheres que mais bebem álcool são as divorciadas, separadas, sem emprego e sem filhos para criar (Adés & Lejoyeux, 1997).

De acordo com os mesmos autores, as alcoolizações repetidas têm consequências somáticas mais marcantes na mulher (doenças gastrointestinais, cardiovasculares, hepáticas, cancro da mama, entre outros) e muitas vezes estas alcoolizações estão associadas aos ciclos menstruais, particularmente, ao Síndrome Pré-Menstrual. Na génese do alcoolismo estão também implicados acontecimentos de vida marcantes como por exemplo, ausência ou perda de um dos pais, alcoolismo dos pais, doença psiquiátrica do pai ou da mãe.

As mulheres alcoólicas apresentam, com muita frequência, sintomas físicos e psíquicos de intoxicação ou dependência e estes são menos marcados no homem (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Assim, o alcoolismo na mulher torna-se cada vez mais uma questão actual e relevante, dadas as evidências de aumento de prevalência, da incidência mais precoce com um padrão de ingestão semelhante ao alcoolismo masculino e maior gravidade e morbidade da evolução da doença (Hochgraf et al. *cit. in* Tung, Demétrio & Andrade, 2005).

Desta forma, neste capítulo abordaremos a problemática do alcoolismo relacionado com a mulher, com o objectivo de dar a conhecer melhor esta problemática, que é tão pouco abordada, tanto no nosso país, como a nível internacional.

2.2. Especificidade do alcoolismo na mulher e padrões de consumo

Para Moya (2004), quando falamos em mulher alcoólica, referimo-nos a uma mulher que instaurou uma dependência face ao álcool e cujo consumo origina problemas físicos, psicológicos e ou sociais. Na mulher, o consumo excessivo de álcool é mais grave e frequente do que geralmente se pensa. Tem-se vindo a observar que a dependência alcoólica na mulher inicia-se mais tarde que no homem e as consequências do consumo excessivo são mais rápidas, ou seja, as complicações fisiológicas e psiquiátricas do abuso demoram menos tempo a instalar-se, na medida em que o organismo feminino tem menor capacidade de metabolizar grandes quantidades de álcool (Ismail, 2002).

A predominância de condutas alcoólicas por parte dos homens é confirmada através de diversos estudos epidemiológicos, que revelam, no entanto, um aumento do alcoolismo entre as mulheres (Mourad & Lejoyeux, 1997).

As mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool, comparativamente, com os homens, têm um peso e uma menor quantidade de água corporal, em detrimento de uma maior quantidade de gordura, associado a uma menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool, isto origina a que a intoxicação ocorra com o uso de metade da quantidade de álcool, usada pelo homem. A vulnerabilidade para o desenvolvimento de complicações clínicas é maior entre as mulheres, e as mesmas sofrem mais risco de mortalidade que os homens. Também apresentam maior percentagem para desenvolver doenças hepáticas como cirrose, mesmo tendo consumido álcool por um período menor (Nóbrega & Oliveira, 2005).

Por outro lado, para muitos autores, o alcoolismo na mulher encontra-se associado a perturbações do foro psiquiátrico, e estas apresentam um perfil clínico e psicológico específico. O trajecto da doença e a experiência de tratamento são vivenciados de maneira muito diferente para homens e mulheres que bebem em excesso (Costa & Teixeira, 2005).

As descrições realizadas na área clínica, psicológica e social salientam o alcoolismo feminino, como sendo habitualmente descrito como: um alcoolismo solitário, pouco suscitado pelo convívio, marcado pela procura da embriaguez ou pelo maior ou menor esquecimento,

geralmente dissimulando uma culpabilidade “alimentada” pela reprovação social dos comportamentos alcoólicos da mulher (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Segundo os mesmos autores, as determinantes psicológicas do alcoolismo feminino são relativamente específicas: mais do que no homem, o consumo abusivo de álcool é muitas vezes suscitado pela depressão, a ansiedade, os transtornos de personalidade, mas também por situações afectivas e sociais que admitem isolamento, solidão, abandono, divórcio, entre outros.

Para Goodman (2000), os factores físicos, sociais, económicos, culturais e psicológicos influenciam a forma como a mulher se insere na problemática do alcoolismo, as circunstâncias em que bebe, o modo como o seu organismo responde, como pode captar ou ocultar a atenção por parte dos técnicos de saúde. Verificando-se também, a nível biológico factores que marcam o alcoolismo feminino, como é o caso do metabolismo, das mudanças hormonais, estas podem induzir ao consumo abusivo. Assim, as consequências somáticas da intoxicação crónica, são particularmente visíveis na mulher (Mourad & Lejoyeux, 1997).

De acordo com Hurtado (2001), a maioria dos investigadores acredita que o alcoolismo na mulher está relacionado com uma história familiar de abuso de álcool, se o pai teve uma história de consumo de álcool pode existir uma transmissão intergeracional.

Como já referimos anteriormente, na mulher as alcoolizações são tradicionalmente feitas com menor convívio e mais culpabilizadas. O acto de beber é, normalmente, solitário, vespertino e visa o efeito euforizante ou ansiolítico (Costa & Teixeira, 2005). A ingestão de álcool na mulher efectua-se de maneira rápida, à procura de estados de sonolência ou de perda de consciência e a dimensão negativa dos símbolos culturais agregados ao beber feminino parecem, em parte, explicar a escassez de entretenimento feminino quando consomem (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Assim, e como nos dizem Costa & Teixeira (2005), a alcoolização feminina é menos enraizada ao ritual da vida do grupo social, enquanto no homem o consumo é mais de convívio e festivo.

Segundo Mourad & Lejoyeux (1997), a evolução do estatuto da mulher na sociedade, o seu acesso a postos de responsabilidade são a origem de novas modalidades de alcoolização suscitadas ou favorecidas pelas mudanças profissionais. O álcool é agora utilizado como um factor de desinibição e de estimulação, suposto facilitador de relações sociais e aumento de performances profissionais.

As mulheres consomem em média quantidades de álcool pouco relevantes, comparativamente, com os homens alcoólicos (nove copos em média para as mulheres e dezasseis copos para os homens). Elas associam, frequentemente, álcool e tranquilizantes e bebem de modo descontínuo (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Na maioria das culturas, as mulheres têm menos tendência do que os homens a beber ou beber pesadamente. As que bebem consomem álcool mais raramente do que os homens e bebem quantidades menores em situações de ingestão (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Os mesmos autores, acreditam que os factores culturais e sociais ainda exercem uma poderosa influência sobre o padrão e grau de ingestão nas mulheres, alterando a sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas com o álcool. Apesar das mudanças sociais e culturais, ainda existe menor pressão social sobre a mulher para começar a beber e maior para parar e a sociedade é dura no julgamento das mulheres alcoólicas.

De acordo com Ismail (2002), socialmente, o alcoolismo feminino é mais estigmatizante para a mulher e isso contribui também para um dependência “escondida” até muito tarde. O termo estigma é utilizado como referência a um atributo verdadeiramente depreciativo. O alcoolismo é compreendido como um estigma por parte da sociedade, na medida em que o indivíduo tem culpas de carácter individual e onde está patente uma vontade fraca do próprio (Goffman, 1963).

Para o mesmo autor, a sociedade acredita que alguém com um estigma não é completamente humano e com base nisso faz diversos tipos de discriminações, através das quais e muitas vezes sem pensar, reduzimos as suas oportunidades de vida. A sociedade face a um alcoólico utiliza mesmo termos específicos para estigmatizar a pessoa, como bêbedo.

2.3. Evolução dos comportamentos femininos face ao consumo de álcool e factores de risco

De acordo com descrições clássicas de condutas alcoólicas, o alcoolismo feminino evolui rapidamente e a doença tem várias etapas. A evolução rápida para complicações somáticas podem explicar, em parte, a grande susceptibilidade da mulher para os efeitos do álcool (Schuckit, Anthenelli, Bucholz, Hesselbrock & Tipp, 1995).

O aumento da frequência de alcoolizações entre as mulheres é um facto recente e o seu estudo também. De acordo com um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos entre 1981 e 1991 pelo National Opinion Research Center – NORC – a cerca de 911 mulheres, estudo esse que avaliou o modo específico de evolução das condutas alcoólicas. Em 1981, 498 mulheres consumiam álcool de forma moderada ou severa (consumo superior ou igual a quatro copos por semana) e 413 mulheres consumiam de forma mínima ou nula (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Entre 1981 e 1991, a prevalência de abuso de álcool e a dependência alcoólica, bem como o consumo global de álcool diminuíram. Nas mesmas datas, a frequência de alcoolizações aumentou entre mulheres mais jovens e estas tendem a adoptar consumos de álcool comparáveis à alcoolização masculina (Mourad & Lejoyeux, 1997).

De acordo com os mesmos autores, as mulheres que têm um estatuto social elevado e que exercem funções de autoridade ou de responsabilidade, tendem a consumir quantidades de álcool comparáveis aos homens que têm funções equivalentes. Contudo, também é importante salientar que o consumo excessivo de álcool é um factor de risco na abstinência ao emprego.

Em 1987, Wilsnack & Cheloa (*cit. in* Mourad & Lejoyeux, 1997), demonstram que há um aumento recente da frequência das condutas alcoólicas entre as mulheres mais jovens (entre os 21 e os 24 anos) que estão socialmente desenraizadas, sem emprego e sem família. As mulheres divorciadas ou separadas e, também, aquelas que ocupam um emprego que não lhes convém ou que elas consideram com pouco valor, são particularmente de risco para que surja um alcoolismo dependente.

Assim, existem alguns factores que são considerados de risco, como por exemplo: desemprego, precariedade no emprego, isolamento, antecedentes de abusos sexuais na infância, antecedentes de transtornos depressivos ou de ansiedade. Assim, para Mourad & Lejoyeux, (1997), os antecedentes traumáticos na infância, carências educativas e abuso sexual, constituem também relevantes factores de risco. Há, ainda, estudos que comprovam haver uma concordância entre violência sexual na infância e o risco de alcoolismo na idade adulta, sendo que as mulheres alcoólicas que sofreram agressões sexuais na infância, foram cometidas com mais frequência pelo pai ou pelo irmão.

Ainda para os mesmos autores, também muitos adolescentes que têm antecedentes de abusos sexuais, começam a consumir álcool mais cedo e consomem quantidades relevantes. Há ainda outros acontecimentos traumáticos da infância, que se revelam especialmente implicados na génese do alcoolismo feminino: a ausência de um parente querido, alcoolismo parental, doença psiquiátrica num dos pais, entre outros.

Na idade adulta, os divórcios, desentendimentos conjugais, o isolamento, reacções depressivas na sequência da partida dos filhos de casa, podem também favorecer a ocorrência do alcoolismo na mulher (Mourad & Lejoyeux, 1997).

2.4. Evolução do estatuto feminino e alcoolização

Há mais de cinquenta anos atrás, as mulheres viviam confinadas ao lar, onde exerciam as funções de mãe e esposas dedicadas. Contudo, esta ideia não estando completamente ultrapassada nos nossos dias, é certo que já sofreu enormes transformações. As tendências actuais de mudança são bem conhecidas por todos nós: mutações nos papéis masculinos e femininos, novos valores familiares, taxas mais elevadas de divórcio e novos casamentos, descida da fecundidade e aumento da esperança média de vida, maior autonomia dos indivíduos e dos casais em relação aos laços de parentesco.

Assim, as últimas décadas têm sido testemunhas de importantes alterações na vida social e profissional da mulher. Na família verificaram-se as primeiras modificações do papel feminino, quando milhões de mulheres foram lançadas no mercado de trabalho e passaram do interior dos seus lares, para viver de modo mais intenso fora destes (Hurtado, 2001).

O crescimento da actividade feminina a que hoje em dia se faz referência corresponde, de facto, a uma mutação no campo do emprego, em meados dos anos trinta, a criação de numerosos postos de trabalho no sector terciário, e as mulheres, cujo nível de educação não cessou de aumentar, lançaram-se num mercado em expansão. Verifica-se que nem crises, nem ocasionais arrefecimentos económicos, travam o desenvolvimento do emprego feminino, no que diz respeito a todas as mulheres, incluindo mulheres jovens que são mães de filhos de tenras idades (Selagen, 1999).

A partir da integração da mulher no mundo laboral têm acontecido mudanças na família, no papel social da mulher, no lugar em que esta se encontra na sociedade e, sobretudo, alterações na integração da mulher na vida social e no costume e hábito de consumir álcool socialmente (Moya, 2004). De acordo com a mesma autora, o processo de socialização das mulheres e as mudanças alcançadas nas últimas décadas, na estrutura familiar são elementos a considerar na análise, tanto nas causas, como nas consequências do alcoolismo feminino.

Segundo Hurtado (2001), as mulheres começaram a debater temas que durante séculos estiveram profundamente silenciados: a maternidade, a sexualidade, o seu lugar na relação conjugal, o seu papel na família, entre outros, de tal maneira que os papéis representados por si no seio da família foram rapidamente modificados, sobre os quais intervieram outros factores sociais, como por exemplo a publicidade, que desde finais dos anos 70 realça o carácter virilizante das bebidas alcoólicas e enfatiza o seu carácter relacional com festejos, eventos, entre outros.

Assim, e para a mesma autora, parece começar-se a observar uma sociedade que aceita com agrado que a mulher beba em estabelecimentos públicos e incita a um consumo abusivo, quando, de facto, a sociedade reprime este tipo de comportamentos e recrimina as mulheres que têm este género de comportamentos.

Existe uma ampla ploriferação de ocupações femininas que comportam o risco elevado de adquirir o hábito tóxico, como por exemplo, a arte, a publicidade, a representação e cargos de responsabilidade directiva e administrativa que são, geralmente, associados a níveis de stresse elevados e todas aquelas actividades próprias de produção, manipulação e expedição de bebidas alcoólicas, que são fonte relevante de inúmeras ocupações laborais (Hurtado, 2001).

Para Fernández & Gómez (1990), existem múltiplos mecanismos psicológicos facilitadores do processo de alcoolização, alguns apresentam formas de instalação diferentes e prognósticos variados, as reacções perante determinados acontecimentos vitais, o stresse que condiciona a vida moderna e os desajustes da sua própria imagem, são alguns dos factores que muitas vezes levam a mulher a consumir álcool, a separação dos filhos, que crescem e abandonam a casa, o divórcio ou separação são potencializadores deste fenómeno.

De igual modo, as tensões vividas no seu papel de mãe, esposa, dona de casa e os sentimentos de inadaptação a estes papéis, originam insatisfação nas expectativas pessoais, tanto em casa como no trabalho, elementos que estão intimamente associados ao seu processo de alcoolização (Hurtado, 2001).

Moya (2004), traça um perfil das bebedoras abusivas, afirmando que se tratam de mulheres jovens, principalmente do meio urbano, com um bom nível educativo, estudantes, com atitudes religiosas não convencionais e com uma ideologia de centro ou de esquerda. Estas mulheres são emancipadas e pouco convencionais e reproduzem condutas sócio-culturais aparentemente facilitadoras da sua integração num novo papel, como é consumo de álcool e neste caso de forma abusiva e não funcional.

Assim, com a mudança do estatuto feminino, assistimos a hábitos diferentes entre as mulheres de hoje em dia. O início do consumo faz-se mais cedo e evolui muitas vezes em contextos sociais (Ismail, 2002).

2.5. Dificuldades de diagnóstico

Embora o número de mulheres que se apresentam para tratamento do alcoolismo tenha aumentado nos últimos anos, elas ainda subutilizam estes recursos. As atitudes sociais moralistas e o estigma social associado aos problemas com bebida são evidentes. As mulheres muitas vezes não vêem a bebida como o seu principal problema e queixam-se de outros problemas de saúde e psicológicos, como por exemplo a depressão. O medo do estigma, reprovação social e perda dos filhos podem impedir que procurem a ajuda que necessitam (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Na perspectiva dos mesmos autores, as mulheres alcoólicas são geralmente consideradas como mais desviantes e com mais perturbações de personalidade, mais difíceis de ajudar e menos motivadas do que as suas contrapartes masculinas. O diagnóstico quando feito à mulher, identifica queixas relacionadas com abuso de álcool que, contudo, são omitidas ou negadas pela mulher. A dificuldade no diagnóstico é agravada pela menor percentagem de certas complicações, como perdas de consciência transitórias, *Delirium Tremens*, entre outros (Ismail, 2002).

Uma das principais diferenças entre o alcoolismo na mulher e o alcoolismo no homem consiste no carácter mais tardio do diagnóstico do alcoolismo no feminino. As dificuldades ou obstáculos a este diagnóstico parecem ser de duas ordens: individual e institucional (Petit, 2002).

1. Obstáculos individuais

O obstáculo inicial ao diagnóstico do alcoolismo na mulher surge por parte da própria, na medida em que o reconhecimento face ao exterior de um alcoolismo já lícito por si própria não é fácil, a estigmatização social que aquele reconhecimento gera não é a mesma que para um homem.

A vergonha é também um obstáculo evidente, pois contribui para uma alcoolização secreta e escondida, mesmo antes da consulta médica, onde muitas vezes apresenta queixas “aceitáveis” na tentativa de ocultar o real problema, que nem sempre pode ser o alcoolismo, mas que este pode ser consequência de algo (Petit, 2002).

2. Obstáculos institucionais

A importância da atitude do médico ou terapeuta, de acordo com a sua capacidade para encarar a própria possibilidade de um alcoolismo feminino problemático e as suas próprias reacções emocionais.

Somente em 1972, foi reconhecida a existência de Síndrome de Alcoolismo Fetal e a sua relação com a alcoolização materna, sendo que a partir daqui médicos e terapeutas começam a examinar a alcoolização das mulheres grávidas, começando-se então a investigar, tardiamente, o aumento de casos de alcoolismo nas mulheres. Assim, para o médico, o alcoolismo feminino e particularmente o alcoolismo materno vem abalar a idealização da figura materna (Petit, 2002).

Para o mesmo autor, muitas vezes a vergonha, a reprovação, sentimentos negativos podem a todo o momento interferir e produzir efeitos inibidores, culpabilizantes para a doente dado que o alcoolismo na mulher é uma doença ainda bastante estigmatizada na nossa sociedade e por vezes a mulher esconde, o que dá origem a um diagnóstico tardio.

Segundo Ismail (2002), na mulher é muito importante existir um diagnóstico e tratamento precoces, aproveitando fases da vida em que exista motivação ou patologia associada.

2.6. Comorbilidade psiquiátrica

A associação entre perturbações psiquiátricas e alcoolismo é particularmente marcante nas mulheres. Nestas, é habitual subsistirem perturbações psiquiátricas com o seu alcoolismo, havendo, assim, necessidade de tratamento para ambos (Costa & Teixeira, 2005).

Como já foi referido anteriormente, o alcoolismo feminino é mais vezes acompanhado de perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, perturbações de personalidade, entre outros) do que o alcoolismo masculino (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Segundo os mesmos autores, os diagnósticos psiquiátricos associados ao alcoolismo diferem nos homens e nas mulheres alcoólicas, sendo que as perturbações de ansiedade e depressivas são mais frequentes nas mulheres alcoólicas, enquanto que a personalidade anti-social é mais notória e frequente nos homens.

A prevalência da depressão nas mulheres alcoólicas é três vezes mais elevada do que nas não alcoólicas. E as mulheres alcoólicas, deprimidas ou não, apresentam em 20% a 40% dos casos

perturbações do comportamento alimentar e em caso de associação álcool/bulimia, o álcool pode, pelas suas propriedades desinibidoras, favorecer os impulsos bulímicos. Para além disso, as mulheres alcoólicas são confrontadas com formas particulares de stresse sócio-cultural, quanto mais marcada for a estigmatização social do alcoolismo feminino (Adés & Lejoyeux, 1997).

As perturbações depressivas, as fobias e a ansiedade são muito frequentes nas mulheres alcoólicas entre os 30 e os 40 anos (Mourad & Lejoyeux, 1997).

De acordo com Hurtado (2001), vários estudos psicológicos realizados a mulheres alcoólicas demonstram a existência de um grau significativamente elevado de depressão, pobreza na sua auto-estima, falta de controlo dos seus sentimentos e actos agressivos, assim como tendência para o pensamento paranóide. Há um número significativo de mulheres alcoólicas que tiveram mães duras e distantes, pais ausentes, instabilidade familiar e uma elevada privação económica e afectiva na infância, geralmente, associada à perda de um progenitor, ou face ao divórcio dos pais, separação ou morte.

Castro & Pimenta (*cit. in* Costa & Teixeira, 2005), sugerem que são mais frequentes nas mulheres alcoólicas: a agressividade, o aborrecimento, o mau relacionamento familiar e social, o estado de tensão, ansiedade e tendências para obsessões, assim como relações de dependência. Para estes autores, a maioria dos estudos demonstram existir uma correlação entre a dependência de álcool, a depressão, o suicídio e o abuso de drogas e também entre a abstinência ou menor consumo e um melhor bem-estar e saúde.

Uma das primeiras formas de apresentação de um quadro alcoólico é: a depressão, tentativa de suicídio e sintomas somáticos, e muitas vezes, estas podem ser ocultadas pela vergonha, pela hostilidade familiar e pelo medo de perder os filhos. O álcool em pequenas quantidades tende a atenuar a depressão e à medida que a dose aumenta, agrava-a criando-se um ciclo vicioso que é essencial descobrir e anular (Rosa et al. *cit. in* Costa & Teixeira, 2005).

As formas tardias de dependência alcoólica observam-se em pacientes que se sentem culpados, apresentando-se com antecedentes de depressão e o consumo de álcool corresponde

mais a uma tentativa de auto-tratamento de estados ansiosos ou depressivos (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Assim, o alcoolismo feminino aparece, frequentemente, associado a perturbações psiquiátricas (depressão, ansiedade, perturbações alimentares, entre outros), enquanto que, as perturbações de comportamento (perturbações no controlo de impulsos, rixas, condução e acidentes sob o efeito de álcool) são menos frequentes na mulher alcoólica comparativamente com homens alcoólicos (Mourad & Lejoyeux, 1997).

2.7. Gravidez e Síndrome de Alcoolismo Fetal

A natureza única da gravidez traduz-se no facto de que em nenhuma outra altura o bem-estar de um indivíduo está directamente dependente do bem-estar de outro indivíduo. Esta é uma altura do ciclo vital em que a saúde física e mental da grávida tem efeitos profundos no feto e, futuramente, na criança. É neste sentido que surgem preocupações com os comportamentos da mulher grávida, no qual o consumo de álcool admite uma grande inquietação, quando efectuado durante a gravidez (Fernandes & Bento, 2005).

O consumo excessivo de álcool durante a gravidez tem consequências nefastas no decurso da mesma, assim como no desenvolvimento da criança. A principal complicação do alcoolismo na gravidez é o Síndrome de Alcoolismo Fetal, podendo este representar a primeira causa de atraso mental (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Assim, quando uma mulher consome álcool de uma forma abusiva durante a gravidez, está a colocar em risco o feto, sendo que deste consumo podem resultar inúmeras consequências negativas para o resto da vida na criança (May, 1996). Como vimos, um consumo abusivo de álcool aumenta, a frequência de nascimentos antes do tempo, muitas vezes as crianças nascem com peso a menos e a estas adicionam-se, também, as condições sócio-económicas desfavoráveis da mãe, que originam uma vigilância médica da gravidez insuficiente, devido aos baixos recursos económicos (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Segundo os mesmos autores, as más formações são, por vezes, observáveis desde a nascença e as consequências de uma exposição abusiva ao álcool durante a gravidez, podem igualmente aparecer a longo prazo (Mourad & Lejoyeux, 1997).

O Síndrome de Alcoolismo Fetal consiste numa combinação de qualquer um de um certo número de componentes, incluindo abortos espontâneos múltiplos, recém-nascido com peso inferior ao do estágio de gestação, mal-formações da estrutura facial, das mãos e dos pés, e níveis de atraso mental ligeiro ou moderadamente graves (Schuckit, 1998).

Segundo Mourad & Lejoyeux (1997), a prevalência deste Síndrome, na população em geral, varia entre 0,43 e 3,1 por 1000 nascimentos. Em certas populações, particularmente expostas ao alcoolismo a sua frequência pode atingir 1% dos nascimentos.

O Síndrome de Alcoolismo Fetal, é induzido pela alcoolização do feto no útero e a taxa de álcool no feto e na mulher são habitualmente equivalentes. A alcoolémia é mais elevada no líquido amniótico, na placenta, no rim e no fígado do feto e este na presença de alcoolémia não consegue metabolizar o etanol e a eliminação do álcool pelo líquido amniótico é muito lenta, leva duas vezes mais tempo que a eliminação no sangue materno (Schuckit, 1998). A acrescentar a esta situação, o organismo de um feto metaboliza o álcool muito mais lentamente que o organismo de um adulto. Como resultado, os níveis de álcool no sangue fetal poderão ser elevados e poderão permanecer altos durante mais tempo que o álcool no sangue materno, aumentando o tempo de exposição a este teratogéneo (Fernandes & Bento, 2005).

Contudo, este Síndrome observa-se em cerca de um terço dos filhos de mães alcoólicas e os factores de risco, para além do alcoolismo materno, são de ordem genética e nutricional (May, 1996).

Estes riscos variam e função da data e lugar de alcoolização, o alcoolismo no primeiro trimestre de gravidez pode originar danos nos órgãos, músculos e esqueleto. No segundo e terceiro trimestre de gravidez, pode levar a perturbações a nível do crescimento, a nível intelectual e nível comportamental (Mourad & Lejoyeux, 1997).

O limiar de consumo de álcool a partir do qual o feto está exposto ao risco de Síndrome de Alcoolismo Fetal, não é conhecido com precisão, mas inúmeros estudos sugerem que o consumo de seis copos de uma bebida alcoólica por dia é nocivo (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Existe na maioria das vezes a preocupação de que a ingestão de grandes quantidades de álcool durante a gravidez pode originar a diferentes e severas consequências no feto. Contudo, da ingestão de pequenas quantidades poderão, também, resultar consequências adversas, que embora possam não ser tão marcantes, podem ser inibidoras de um desenvolvimento saudável. Portanto, a preocupação não surge só em caso de alcoolismo materno, mas também quando existe um consumo moderado (Fernandes & Bento, 2005).

Segundo Ismail (2002), é de referir, como já vimos anteriormente, que o consumo de seis copos (ou mais) de bebidas alcoólicas, pode provocar Síndrome de Alcoolismo Fetal, numa em cada duas grávidas. Embora as consequências de beber moderadamente durante a gravidez sejam controversas, há estudos que referem alterações nestas crianças, embora com menos gravidade.

Assim, perante a possibilidade de surgir o Síndrome de Alcoolismo Fetal é desaconselhável que a grávida beba em excesso, como também se aplica a outras substâncias (Schuckit, 1998).

2.8. Sexualidade na mulher alcoólica

Há vectores imprescindíveis para que o ser humano tenha uma vida saudável e feliz, a sexualidade e afectividade são dois desses vectores. No entanto, o consumo excessivo de álcool pode causar, e habitualmente até causa, perturbações sérias nesta área (Moura & Teixeira, 2004). De acordo com Norris & Hughes (1996), só recentemente se tem estudado a relação entre o consumo de álcool por parte da mulher e assuntos relacionados com a sua sexualidade. A importância de estudar esta relação tem-se tornado cada vez mais relevante, no entanto, alguns investigadores reconheceram que o que é relacionado com álcool e sexualidade masculina, não se aplica, necessariamente, à mulher.

A relação entre alcoolismo e sexualidade aparece frequentemente negada ou ignorada. As primeiras alcoolizações comportam implicações afectivas e sexuais complexas, marcadas por euforia e desinibição, sendo o álcool considerado muitas vezes um afrodisíaco (Mourad & Lejoyeux, 1997).

A alcoolização aguda na mulher, em certos casos, diminui a estimulação sexual e a reacção a estímulos sexuais. O consumo de álcool, nestas condições, pode provocar perturbações da vida sexual. Nas mulheres alcoólicas, a associação de perturbações da sexualidade são um factor de severidade e que se prolonga por muito tempo na conduta alcoólica (Mourad & Lejoyeux, 1997).

Há muito que se associa o álcool à sedução e ao sexo, e na perspectiva de Reizinho (2006), é considerado por muitos como um excelente facilitador de relacionamentos sociais e sexuais. Apesar da sua acção desinibidora da excitação sexual, do ponto de vista psicológico, o álcool suprime a resposta fisiológica, tendo em conta que apresenta uma acção depressora do sistema nervoso central.

Esta acção desinibidora da excitação sexual correlaciona-se negativamente com a quantidade de álcool ingerida, pelo que numa fase inicial do alcoolismo, o álcool possa aumentar o desejo sexual da mulher e facilitar o relacionamento sexual. Devido à sua propriedade vasodilatadora, o álcool pode também intensificar a satisfação sexual da mulher (Peugh & Belenko *cit. in* Reizinho, 2006).

Numa fase média do alcoolismo verifica-se uma tendência para o desenvolvimento de outras alterações na sexualidade da mulher alcoólica. O desejo sexual pode diminuir devido a uma diminuição de testosterona (hormona importante na mediação do desejo e função sexuais), e também é frequente, nesta fase da patologia, a mulher denunciar uma diminuição da lubrificação vaginal, bem como uma grande dificuldade ou até mesmo impossibilidade em atingir o orgasmo (Peugh & Belenko *cit. in* Reizinho, 2006).

Numa fase mais tardia, a mulher depara-se com a ocorrência de alterações fisiológicas major. De facto, o consumo abusivo ou a dependência alcoólica parecem estar associados a diversas alterações do ciclo reprodutivo, podendo verificar-se amenorreia, disfunção dos ovários,

menopausa prematura e um maior risco para infertilidade e aborto espontâneo. Face à possibilidade de as paredes vaginais poderem atrofiar e apresentar insuficiente lubrificação, a mulher pode sentir dor durante a relação sexual (Reizinho, 2006).

Com o decorrer do tempo, os efeitos fisiológicos do álcool vão interferir negativamente no ciclo de resposta sexual, conduzindo ao aparecimento de disfunções sexuais na mulher alcoólica (Reizinho, 2006). Normalmente, as disfunções sexuais surgem ao longo da fase média ou nas fases tardias do alcoolismo, apesar de, em muitos casos, estes problemas apenas se tornarem mais evidentes quando a mulher se encontra abstinente e em recuperação. As disfunções sexuais mais comuns na mulher alcoólica são a perturbação do desejo sexual hipoactivo, perturbação do orgasmo, dispareunia e vaginismo (Norris & Hughes, 1996).

De facto, e como salienta Reizinho (2006), é também importante realçar que para além da influência dos efeitos fisiológicos do álcool na sexualidade feminina, existem também efeitos psicológicos da mesma, entre os quais: as expectativas que a mulher tem sobre o efeito da droga, a qualidade da relação que mantém com o parceiro, a sua história pessoal, a sua personalidade, sentimentos que detém sobre si própria e sobre a sua própria vida, níveis de culpabilidade e auto-estima. Todos estes factores intervêm no modo como a mulher alcoólica vivencia a sua sexualidade.

As mulheres que são grandes bebedoras tendem a acreditar que o álcool aumenta o prazer social (Ratliff & Burkhart *cit. in* Moura & Teixeira, 2004). Porém, foi constatado que, apesar de as mulheres acreditarem que o álcool aumenta o desejo sexual e que também aumenta a actividade sexual e desfrute da sexualidade, a realidade é que há, de facto, uma diminuição da iniciação da actividade sexual por parte destas.

De acordo com os mesmos autores, a perda de desejo sexual, ou a diminuição do mesmo, é também um fenómeno abordado por muitos autores. Uma falta de interesse pelo sexo é considerado específico na maioria das mulheres alcoólicas. Tal é atribuído ao stresse anterior, onde muitas destas mulheres podem ter sido, criadas em famílias disfuncionais com mães frias, dominantes e rejeitadoras.

O consumo de álcool acompanha-se, também, de uma redução das atitudes de prevenção, o que pode originar infecções sexualmente transmissíveis, como por exemplo, VIH, entre outras. O alcoolismo aparece, assim, como um factor de risco relevante nas doenças sexualmente transmissíveis (Mourad & Lejoyeux, 1997).

As práticas mais comuns de sexo sem prevenção e comportamentos de alto risco por parte das mulheres que consomem abusivamente álcool são: a não utilização de preservativo, ter relações sexuais com indivíduos de alto risco ou desconhecidos, ter múltiplos parceiros, entre outros (Norris & Hughes, 1996).

2.9. Ciclo Menstrual e Síndrome Pré – Menstrual

Para Tung, Demétrio & Andrade (2005), a maior vulnerabilidade em relação à acção danosa do álcool levantou variadas hipóteses, tendo como base a possibilidade das hormonas sexuais femininas estarem ligadas ao alcoolismo nos aspectos etiológicos e fisiopatológicos. As mulheres têm uma absorção mais rápida do álcool, um pico de concentração plasmática de etanol mais elevada e um tempo total de alcoolização mais longo no período pré-menstrual, quando as taxas de estrogénio e progesterona, são as mais baixas (Mourad & Lejoyeux, 1997).

A síndrome pré-menstrual foi descrita por Frank, em 1931, (*cit. in* Tung, Demétrio & Andrade, 2005), como um quadro composto por sintomas recorrentes psíquicos (irritabilidade, mau humor, tensão, entre outros) e físicos (aumento da sensibilidade mamária e dores abdominais) que ocorriam no período pré-menstrual e que desaparecem no período após ter ocorrido a menstruação. Todavia, com o decorrer dos anos, este conceito ampliou-se, incluindo 150 sintomas diferentes, que poderiam estar ligados à fase anterior à menstruação.

Alguns autores, referem que há casos de mulheres que consomem bebidas alcoólicas no período pré-menstrual para aliviar estados de depressão, irritabilidade e sensibilidade. Assim, o abuso de álcool por certas mulheres ocorre da necessidade primária de aliviar os sintomas depressivos decorrentes de oscilações hormonais relacionadas com o ciclo menstrual (Tung, Demétrio & Andrade, 2005).

Por outro lado, na fase pré-menstrual é atribuído ao álcool uma ação ansiolítica durante esta fase, o que tornaria o seu consumo uma auto-medicação durante as fases disfóricas pré-menstruais (Novaes, Melo & Zilberman, 2000). Todavia, a ideia de existir um alcoolismo pré-menstrual tem sido contestada por outros estudos, pois os anteriores estudos tiveram problemas metodológicos, entre os quais os sintomas pré-menstruais devem ser confirmados prospectivamente, por, pelo menos, dois meses e sem o conhecimento prévio da pessoa a ser observada (Tung, Demétrio & Andrade, 2005).

Se, por um lado, a influência das fases do ciclo menstrual sobre os padrões de consumo alcoólico ainda é um tema com alguma controvérsia, a influência do consumo de álcool sobre o funcionamento hormonal feminino já encontra referências consistentes (Novaes, Melo & Zilberman, 2000).

Assim, o consumo abusivo ou a dependência alcoólica parecem estar associados, também, a diversas alterações do ciclo reprodutivo desde a ocorrência de amenorreia, disfunções ovarianas, menopausa prematura, além de relatos da maior risco de infertilidade, abortos espontâneos, entre outros (Novaes, Melo & Zilberman, 2000).

2.10. Tratamento e reabilitação

Os objectivos gerais do tratamento dos comportamentos alcoólicos são universalmente admitidos, isto é, ajudar o sujeito a iniciar e a manter a longo prazo a abstinência total de álcool, favorecer a melhoria da qualidade de vida alterada pela alcoolização abusiva em todas as áreas como: a saúde física e mental, o estatuto familiar e profissional, e a inserção social (Adés & Lejoyeux, 1997).

A dependência é uma realidade clínica importante, e compreender as suas implicações é uma parte essencial da competência do terapeuta, para que ele possa lidar com esta problemática. Uma abordagem mecanicista de diagnóstico da dependência, é insuficiente (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Para Petit (2002), encontrar, escutar e interrogar o contexto familiar e social constituem um preliminar indispensável a qualquer intervenção terapêutica. Quanto mais elevado for o número de pessoas em quem a doente tem o sentimento de poder apoiar-se, melhor será o prognóstico.

A relação terapêutica só pode ser vivida pela mulher alcoólica como uma relação muito inquietante. Qualquer tratamento proposto será sentido como intolerável, uma vez que supõe um certo domínio da parte do terapeuta (Kreit, 2002).

O tratamento é multidisciplinar, cujo êxito depende da adesão do sujeito, da sua motivação, da confiança depositada no ou nos terapeutas, da continuidade do acompanhamento e da qualidade da relação terapêutica e sua manutenção a longo prazo. Porém, nenhum tratamento padronizado do alcoolismo pode ser proposto é por si só suficientemente abrangente, pois o tratamento varia de pessoa para pessoa, tendo em conta aspectos de personalidade, do comportamento, entre outros (Adés & Lejoyeux, 1997).

Para Edwards, Marshall & Cook (1999), o tratamento da mulher alcoólica, muitas vezes, não se ajusta suficientemente às suas necessidades, como por exemplo, uma mulher com uma história de abuso sexual na infância terá dificuldade em se adaptar a uma unidade de internamento onde é a única paciente do sexo feminino.

Os médicos tendem a desvalorizar o abuso de álcool, em mulheres ou homens, que tenham trabalho, sejam casados e de raça branca, isto pode constituir um género de mito associado ao consumo de álcool. É ainda de salientar, que o indivíduo com dependência alcoólica tem características psicológicas que dificultam numa primeira abordagem, o diagnóstico, a minimização do problema, negação, a manipulação, a vergonha e até a percepção de que o clínico não valorizará a sua dependência (Moreira, 2004).

Se à primeira vista, para os dependentes de álcool pareceriam, perfeitamente, evidentes os objectivos de tratamento, e que estes se centrariam, em última análise, na abstinência e na sua manutenção, nos níveis de bem-estar e na optimização de bem-estar para o doente, Schuckit (1998), refere que o não consumir álcool, não garante por si mesmo um tipo de vida óptimo. Neste contexto poderíamos classificar três categorias:

1. os que pretendem uma vida sem consumo de álcool;
2. os que querem melhorar ao máximo a qualidade de vida geral;
3. e os que pretendem prevenir as recaídas.

O processo de reabilitação da mulher alcoólica é prolongado no tempo e em todo este processo há entidades que desempenham um papel fulcral, como: instituições e redes informais de apoio social. Em ambos os casos, as figuras ou actores sociais que intervêm, são pilares para a mulher alcoólica, no âmbito das relações pessoais, a empatia que a mulher estabelece com o profissional, assim como a função que desempenham os grupos de auto-ajuda (Moya, 2004).

A reabilitação da mulher alcoólica é um processo longo e difícil, tanto para a mulher, como para os que a rodeiam. O reconhecimento da sua doença implica admitir e assumir um estigma com grande carga social e em muitas ocasiões opta-se pela negociação do problema (Moya, 2004).

Para a mesma autora, quando usamos o termo reabilitação da mulher alcoólica este revela-se um pouco genérico, pois na realidade este termo refere-se a um processo de abstinência que comporta quatro fases que estão, intimamente, relacionadas e que se vai realizando de uma maneira progressiva, ainda que diferenciado em termos conceptuais.

Inicialmente, a abstinência, onde a pessoa deixa de consumir; seguidamente, e superada a adição, há uma aprendizagem das estratégias terapêuticas, processo que permite à pessoa enfrentar os factores de risco; simultaneamente a esta aprendizagem a pessoa necessita de tempo para se integrar na sociedade, ou seja, período de reabilitação; por fim, a reinserção, social, conjunto de práticas sociais de recuperação individual (Moya, 2004).

De facto, este conjunto de realidades sociais que tem como núcleo central os processos sociais de recuperação individual, não se manifestam isoladamente, mas sim cada um no seu tempo e espaços de intervenção, ainda que sempre de um modo dinâmico.

Porém, não é suficiente o indivíduo alcançar a abstinência de álcool, é importante que o sucesso de tratamento também seja medido em termos de melhoria de qualidade de vida, expresso pelo grau de conforto interno do indivíduo, possível se o tratamento puder progredir (Dias, 2006).

Na reabilitação da mulher alcoólica intervém-se, basicamente, em duas dimensões: a mulher alcoólica na sua realidade, a sua família, os seus amigos, o seu trabalho; as instituições representadas na figura dos profissionais que trabalham com esta realidade (Moya, 2004).

No tratamento, o alcoolismo feminino evolui de maneira comparável ao alcoolismo masculino e as taxas de recaída e abandono do tratamento são equivalentes (Mourad & Lejoyeux, 1997). O retorno a um consumo “controlado” é mais fácil para a mulher, e cerca de 50% das mulheres alcoólicas privou-se de beber álcool, opostamente a cerca de 10% dos homens, por outro lado, as mulheres chegam a consumir de novo pequenas quantidades de álcool sem se tornarem dependentes (Schuckit et al., 1995).

Segundo Edwards, Marshall & Cook (1999), existe, porém, uma suposição prevalente que as mulheres alcoólicas apresentam resultados de tratamento piores do que os homens, mas depois de uma cuidadosa pesquisa bibliográfica, revelaram que as mulheres estão sub-representadas na pesquisa sobre estes resultados e que estes são geralmente semelhantes. Estudos sugerem que as mulheres apresentam melhores resultados no primeiro ano após o tratamento, enquanto que os homens apresentam melhores resultados após 12 meses de tratamento. Para além, de as mulheres a maior parte das vezes, e mais do que os homens, conseguirem usar materiais de auto-ajuda para reduzir o seu beber.

Contudo, existe muito em comum entre o homem alcoólico e a mulher alcoólica, ambos precisam de entendimento e ajuda individualizada, não prejudicados por preconceitos.

Podemos, com firmeza, afirmar que o tratamento do alcoolismo envolve uma intervenção a vários níveis, já que a doença é bastante complexa, quer na sua etiologia quer nas suas diversas implicações sociais, laborais, familiares. A intervenção é, então, dirigida tanto para dependência, como para a manutenção da abstinência.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo III – Metodologia

3.1. Introdução

No presente capítulo pretende-se identificar o método utilizado no estudo, bem como os seus objectivos. Procede-se, ainda, à caracterização sócio-demográfica da participante, à caracterização do instrumento concebido e especificamente para a recolha de informação, bem como à explicação dos instrumentos adoptados.

Partindo do princípio que a escolha da metodologia deve ter em consideração não só o carácter da investigação e o seu objecto de estudo, mas também o investigador e a sua perspectiva quanto à realidade, a nossa escolha só poderia recair por uma metodologia qualitativa.

Segundo Flick (2005), as ideias centrais orientadoras da investigação qualitativa diferem das da investigação quantitativa. Os seus traços essenciais são: a adequação de métodos e teorias; reconhecimento e análise de diferentes perspectivas; a reflexão do investigador sobre a investigação, como parte do processo de produção do saber; e por fim, a variedade de métodos e perspectivas.

A presente investigação, designada estudo de caso, pretende fazer uma análise aprofundada da experiência de vida de uma mulher, que durante a sua vida teve um contacto abusivo/dependente com bebidas alcoólicas.

Qualquer trabalho deve basear-se numa metodologia científica, para que, tanto a análise, como a interpretação dos dados sejam as mais fidedignas possíveis. Assim, e segundo Gil (1994), para se chegar ao conhecimento ou à demonstração da verdade é preciso chegar ao conhecimento ou à demonstração da verdade é preciso uma metodologia racional, em que a sua ordem de assunto tenha uma sequência lógica.

Optou-se por um estudo qualitativo, pois os métodos utilizados neste género de pesquisa ajudam o investigador a obter conhecimentos profundos e detalhados das opiniões, que no nosso estudo reflectem as vivências de uma mulher que na sua vida teve um contacto

excessivo com álcool. Este tipo de pesquisa assenta na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é, definida pelos seus próprios autores (Polit & Hungler, 1995).

3.2 Objectivos

Os objectivos de um estudo empírico são o alicerce fundamental de toda a investigação. Estes surgem da associação, que anteriormente focámos, entre a problemática alcoolismo e mulher, tema este que ainda é pouco abordado tanto a nível nacional, como a nível internacional.

Este estudo visa, assim, clarificar a relação que existe entre alcoolismo e mulher, tendo como objectivos (geral e específicos) os que se seguem:

Objectivo Geral

- Aferir o percurso de uma doente alcoólica antes e depois da doença se ter instaurado.

Objectivos Específicos

- Aferir a perspectiva individual da doente alcoólica face ao seu percurso, enquanto bebedora excessiva;
- Identificar, caracterizando, os contextos facilitadores para o consumo de álcool;
- Averiguar a existência de um possível projecto de vida construído pela nossa entrevistada;
- Identificar as principais redes de suporte formal no processo de recuperação.

3.3. Participante

Como já foi referido anteriormente e como o próprio tema do trabalho o indica, a nossa entrevistada, é do sexo feminino, tem 53 anos de idade e é solteira. Relativamente à sua escolaridade possui o 7º ano de escolaridade e presentemente é doméstica.

A nossa entrevistada, é acompanhada há, aproximadamente, 10 anos no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN. Os critérios de selecção prenderam-se desde logo com a preocupação de incluirmos um sujeito do sexo feminino com historial alcoólico, na medida em que é o quadro conceptual que orientou o nosso trabalho. Durante o nosso estudo empírico e para salvaguardar a identidade da nossa entrevistada iremos utilizar o nome fictício Maria.

Importa ainda salientar que a selecção da participante que melhor se enquadrava no que pretendíamos estudar não obedeceu a uma lógica linear, recorreremos antes ao que vulgarmente se designa de amostra por conveniência, este método tem como vantagens principais, a rapidez e facilidade (Hill & Hill, 2002).

3.4. Instrumento e Procedimentos

Para a realização do presente estudo a técnica mais adequada e mais comum para este género de investigação qualitativa, é a entrevista, que de acordo com Martins (2006, p. 27):

“Trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de dados cujo objectivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base na suposições e conjecturas do pesquisador.”

Para a obtenção da informação pretendida e na prossecução dos objectivos propostos, recorreu-se à entrevista semi-directiva realizada à doente alcoólica.

Consideramos a utilização da entrevista semi-directiva como sendo a mais adequada, dado esta não ser totalmente aberta ou ainda pelo facto de não ser orientada por um grande número de perguntas precisas, facto que nos permite, enquanto investigadores a uma maior flexibilidade. Sendo, assim, o investigador mune-se de algumas perguntas-guia que o orientam nas áreas de informação a receber parte do entrevistado (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Assim, a entrevista semi-directiva situa-se num plano intermédio. Por um lado, permite que o entrevistado siga o seu raciocínio e conduza o seu pensamento em torno do objecto

perspectivado, sendo esta uma forma não directiva. Por outro lado, o entrevistador torna-se mais directivo na administração da entrevista quando o entrevistado tende a afastar-se do plano inicial que o entrevistador estipula para o seu estudo (Ruquoy, 1995).

A entrevista é assim, uma técnica de exploração sobre determinada realidade, tendo como finalidade a recolha de informações, que são úteis ao estudo que se pretende efectuar, para assim se compreender melhor as experiências vividas pela pessoa e também perceber o significado que dá às suas experiências (Seidman, 1991).

No caso concreto do nosso estudo, trata-se, então, de uma entrevista qualitativa em profundidade, que nos permite recolher uma informação mais rica sobre a temática retratada.

Assim, para a presente investigação foi concebido, de raíz, um guião semi-estruturado de entrevista (Anexo 1) em profundidade e de questões abertas, composto por cinco unidades de análise, em que a nossa entrevistada pôde relatar as suas experiências. A primeira unidade de análise corresponde à caracterização sócio-demográfica da entrevistada.

Para a orientação da entrevista e com o guião semi-estruturado, pretende-se recolher as vivências e percepções da mulher sobre o qual se baseia o nosso estudo, em quatro momentos distintos:

1. Contextualização relativa ao primeiro contacto com o álcool;
2. Viver com o alcoolismo;
3. Viver em transição;
4. Viver sem consumo.

Mais concretamente, no primeiro ponto, referente à nossa segunda unidade de análise, pretendeu-se que a nossa entrevistada contextualizasse o primeiro contacto com o álcool e quais as principais reacções face ao mesmo. Quanto ao segundo ponto, terceira unidade de

análise do nosso guião, decidiu-se tentar perceber qual a origem e percepção que a doente tem face à sua problemática, entender como era o seu dia-a-dia quando bebia, bem como saber qual era a percepção dos seus familiares face à sua doença. Relativamente ao terceiro ponto, correspondente à quarta unidade de análise, pretendeu-se perceber como foi a transição entre o beber e o deixar de beber, quais foram os aspectos que Maria levou em consideração e o que terá sido o *click* para a mudança. Finalmente, na última unidade de análise, almejou-se que a nossa entrevistada descrevesse como era hoje em dia a sua vida, quais foram as maiores dificuldades, quais as ajudas mais relevantes, assim como quisemos que nos abordasse a fase de tratamento.

A entrevista foi realizada no dia 17 de Dezembro de 2007, no Porto, mais concretamente no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN. A marcação da entrevista foi autorizada previamente pelos responsáveis do CRAN e teve por base uma auscultação prévia quanto à disponibilidade da entrevistada em colaborar no nosso estudo. A marcação do local e data da realização da entrevista foi feita de acordo com a vontade e consentimento da nossa entrevistada (Anexo 2).

Inicialmente, foi exposto o tema e objectivos do nosso trabalho, assim como qual a sua importância e pertinência e a nossa entrevistada indisponibilizou-se de imediato para responder a perguntas que estivessem relacionadas com determinados assuntos, como o filho e certos temas relativos ao seu passado.

Na condução da entrevista, a nossa entrevistada teve possibilidade de aprofundar as questões por si consideradas mais relevantes e tendo sempre em atenção os objectivos do nosso trabalho. Salienta-se o facto de, inicialmente, a nossa entrevistada se encontrar com um discurso muito protegido, evitando falar de certos assuntos, porém com o decorrer da entrevista Maria conseguiu baixar algumas barreiras, o que se revelou positivo pelo facto de assim conseguirmos obter uma informação mais rica sobre a sua história.

A entrevista teve a duração de cerca de 56 minutos e como ferramenta de registo, recorremos à gravação em suporte digital, após autorização da nossa entrevistada. A entrevista foi posteriormente transcrita e os dados reduzidos e representados esquematicamente de acordo com o modelo teórico proposto por Miles & Huberman, em 1984 (*cit. in* Lessard-Hébert,

Goyette & Boutin, 1990). Este modelo consiste em três componentes: redução dos dados, apresentação e a interpretação dos mesmos.

Após a transcrição da entrevista em profundidade, procedeu-se ao tratamento dos dados recolhidos e para tal, recorreu-se à análise de conteúdo, que segundo Vala (2003), é uma técnica de tratamento de dados, cuja finalidade é efectuar inferências com base numa lógica explicitada sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Para Berelson (*cit. in* Estrela, 1994, p. 467), a análise de conteúdo:

“é uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.”

Vala (2003), acrescenta que a análise de conteúdo é hoje umas das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais.

A opção pelo uso das matrizes conceptuais constitui uma forma fundamental de análise de dados qualitativos uma vez que permite uma redução substancial dos dados, facilitando deste modo a sua análise (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990).

As matrizes de análise de conteúdo (Anexo 3) são compostas por unidades de registo (formal e semântica) e unidades de contexto (Vala, 2003). No caso das formais, estas podem traduzir-se numa palavra, uma frase, ou uma expressão do entrevistado. Por outro lado, as semânticas correspondem ao que o analista depreende do discurso do sujeito. As unidades de contexto funcionam de suporte às escolhas do analista para as unidades de registo que este escolheu (Vala, 2003).

Capítulo IV – Análise e Discussão dos Resultados

4.1. Introdução

Tal como já foi referido anteriormente, a análise dos dados da nossa investigação obedece a uma metodologia qualitativa, onde se recorre à análise de conteúdo. Assim, no presente capítulo, efectuaremos a apresentação e análise dos diferentes dados recolhidos.

Através da revisão literária realizada ao longo deste trabalho, constatamos que o alcoolismo feminino é, hoje em dia, um problema com grande relevância, suscitando cada vez mais a atenção de todos. Na mulher, o consumo excessivo de álcool é mais grave e frequente do que geralmente se pensa. Tem-se vindo a observar que a dependência alcoólica na mulher inicia-se mais tarde que no homem e as consequências do consumo excessivo são mais rápidas (Ismail, 2002).

O estudo desta problemática pareceu-nos, assim, de grande importância, uma vez que é uma realidade pouco abordada e estudada no nosso país, sendo que ainda é um tema muito estigmatizado na nossa sociedade.

O interesse pelo tema surgiu ao longo do estágio realizado, no ano lectivo transacto, no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN, depois de nos apercebermos e evidenciarmos que esta problemática está cada vez mais patente entre nós.

Ao longo deste capítulo teremos o cuidado de ao procedermos à interpretação dos dados recolhidos, estabelecer uma ligação entre a teoria e os resultados por nós obtidos com a entrevista em profundidade.

4.2. Análise e discussão dos dados recolhidos

4.2.1. Primeiro contacto com o álcool e vida anterior

Com a mudança do estatuto feminino, assistimos a hábitos diferentes entre as mulheres de hoje em dia. O início do consumo de álcool faz-se mais cedo e evolui muitas vezes em contextos sociais (Ismail, 2002). Curiosamente, o discurso da nossa entrevistada não vai de encontro ao que acabamos de referir, na medida em que esta revela que, apesar de ter dificuldades em se situar temporalmente, não iniciou o consumo em tenra idade.

Relativamente aos resultados por nós obtidos acerca do primeiro contacto com o álcool, a nossa entrevistada faz descrições muito vagas e difusas em relação à contextualização do seu primeiro contacto com o álcool, não conseguindo, com precisão, expôr em que altura da sua vida consumiu álcool pela primeira vez.

Quando interrogada em relação a esta questão há uma notória dificuldade em se expressar convenientemente. Refere que o consumo excessivo de álcool começou quando deixou de consumir droga.

“(...) sinceramente não me lembro, quando comecei a beber. Na infância não foi porque os meus pais “matavam-me”. Primeiro larguei a droga, e só depois me meti no álcool, foi um refúgio. Não foi na adolescência, eu meti-me na droga mais nova e só depois no álcool.”

Como já foi referido anteriormente, e dada a indisponibilidade que a nossa entrevistada demonstrou desde o início da entrevista, em responder a questões relativas a determinados assuntos da sua vida, tal facto originou a que existisse da nossa parte alguma dificuldade em percebermos alguns temas abordados, como por exemplo neste caso, não percebermos qual o sentido que Maria dá à palavra refúgio, mas podemos fazê-lo intuitivamente dizendo que o refúgio funcionaria como um factor de alienação face à sua própria vida como posteriormente se veio a corroborar.

Segundo Castro & Pimenta (*cit. in* Costa & Teixeira, 2005), a maioria dos estudos evidenciam uma correlação entre a dependência de álcool e o abuso de drogas e também entre a abstinência ou menor consumo e um melhor bem-estar e saúde.

“Eu toquei a primeira vez em álcool, sensivelmente, toquei mesmo assim por tabela, larguei uma coisa para me meter noutra.” [referindo que a primeira vez que bebeu uma bebida alcoólica foi após ter deixado o consumo de outro tipo de drogas]

É de facto muito complicado concretizar e ter real percepção relativamente ao seu percurso individual enquanto bebedora, pois Maria tem um discurso muito protegido, onde não deixa escapar grandes conhecimentos relativamente ao seu passado, sendo visível nesta fase, a falta de confiança que tem no entrevistador.

As formas tardias de dependência alcoólica observam-se em pacientes que se sentem culpados, apresentando-se com antecedentes de depressão e o consumo de álcool corresponde mais a uma tentativa de auto-tratamento de estados ansiosos ou depressivos (Mourad & Lejoyeux, 1997). Estes aspectos referidos anteriormente por estes autores são focados inúmeras vezes ao longo da entrevista por Maria, revelando que para além das suas alcoolizações terem começado muito tarde, também teve antecedentes de depressão.

“Antes de beber eu tive uma grande depressão, por isso também comecei a beber.”

Esta será a primeira vez que a nossa entrevistada evoca o tema da depressão. Posteriormente, Maria irá regressar a esta temática explicando o motivo da depressão. A literatura revista indica que o alcoolismo na mulher apresenta-se, para vários autores, associado a perturbações do foro psiquiátrico, apresentando um perfil clínico e psicológico específico (Costa & Teixeira, 2005). A prevalência da depressão nas mulheres alcoólicas é três vezes mais elevada do que nas não alcoólicas (Adés & Lejoyeux, 1997). Facto salientado inúmeras vezes pela nossa entrevistada, que fala muitas vezes em depressão anterior ao consumo excessivo de álcool.

Numa tentativa de melhor compreender se a depressão mencionada por Maria estaria relacionada com algum assunto do seu passado, procurou-se, posteriormente, regressar a esta temática.

“A minha depressão não está só relacionada com o beber mas também com antecedentes de um acidente de viação que me provocou graves perturbações mentais e por isto necessito de medicação.”

Apesar desta citação estar inserida nesta primeira fase da análise dos dados recolhidos, Maria só nos relatou este acontecimento no final da entrevista, possivelmente porque nesta fase já tinha baixado algumas barreiras e, assim, já se sentia mais à vontade e com mais confiança no entrevistador.

Por outro lado, faz referência ao facto de a primeira vez em que ingeriu álcool ter sido marcante e revela que a partir deste primeiro consumo foi inevitável não continuar, porque gostou. Aqui, importa focar a questão da adicção, sendo necessário nesta fase questionar o que fez com que nossa entrevistada continuasse a beber após o primeiro consumo, visto que este primeiro contacto com a bebida não conduz obrigatoriamente à adicção.

“Depois de beber a primeira vez tive sempre vontade de beber mais.”

“O álcool começou a ser um problema a partir do momento em que toquei nele pela primeira vez, porque a partir daí não consegui deixar mais de beber.”

“Gostei... Nem a droga nem o álcool me passaram ao lado.”

As respostas surgiram de uma forma muito simplista, mas significativa, na medida em que, como já referimos, o primeiro consumo foi crucial, pois a partir daí os consumos sucederam-se.

Tentamos, então, perceber se houve algo ou alguém que possa ter influenciado o seu beber. Maria já nos mencionou a depressão anterior ao consumo, mas poderá mais alguma coisa ter

suscitado as suas contínuas alcoolizações? E posta a questão a resposta da nossa entrevistada foi objectiva:

“(...) quando era pequena o meu pai bebia demasiado, mas mais tarde deixou sem mais nem menos (...)”

Fica patente que o convívio com o álcool foi precoce e este consumo do pai, mesmo que por pouco tempo, pode ter exercido algum tipo de influência sobre o beber e a origem do alcoolismo de Maria.

Assim, a cultura familiar também pode ser uma influência importante sobre o beber. Além das influências genéticas, é provável que os filhos herdem os padrões de beber em excesso ao aprender tal comportamento, bem como outros valores e crenças associados ao beber dos seus pais. Quando os rituais familiares (incluindo tradições familiares, o modo de celebrar ocasiões especiais e as rotinas diárias) não são perturbados pela ingestão parental, e quando os filhos deliberadamente estabelecem novos rituais quando casam, parece menos provável que o alcoolismo seja transmitido para a próxima geração (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Na génese do alcoolismo estão também implicados acontecimentos de vida marcantes como por exemplo, ausência ou perda de um dos pais, alcoolismo dos pais, doença psiquiátrica do pai ou da mãe (Adés & Lejoyeux, 1997).

De acordo com Hurtado (2001), a maioria dos investigadores acredita que o alcoolismo na mulher está relacionado com uma história familiar de abuso de álcool, se o pai teve uma história de consumo de álcool pode existir uma transmissão intergeracional. No caso da nossa entrevistada, esta menciona que em pequena o pai bebia excessivamente.

Denota-se ao longo de toda a entrevista, que Maria tem muita dificuldade em verbalizar os seus problemas, mas fica ainda mais patente quando surgem questões temporais, demonstrando muita dificuldade em se situar no tempo para poder relatar passagens importantes da sua vida enquanto alcoólica. A confiança que deposita nas pessoas é ainda

muito limitada e restrita, Maria parece ter criado defesas à volta da sua vida o que torna difícil ganhar confiança nas outras pessoas, principalmente desconhecidas.

4.2.2. Viver com consumo

O alcoolismo, tal como tivemos oportunidade de explicitar na primeira parte do nosso trabalho, é uma doença que afecta o indivíduo e tudo o que o rodeia, desde o seu bem-estar físico e mental, reduzindo as suas capacidades cognitivas, intelectuais e afectivas e está patente em muitos outros problemas, desde sociais, laborais e, até familiares.

Na mulher, as tensões vividas no desempenho dos diferentes papéis, tais como: de mãe, de esposa, de dona de casa e os sentimentos de inadaptação a estes papéis, originam insatisfação nas expectativas pessoais, tanto em casa como no trabalho, elementos que estão intimamente associados ao seu processo de alcoolização (Hurtado, 2001).

Também, de acordo com Edwards, Marshall & Cook (1999), o beber problemático geralmente tem um profundo impacto sobre a família do bebedor, uma pessoa com um problema com a bebida pode parecer ter perdido todos os vínculos com a família, como iremos contemplar ao longo deste ponto.

De facto, Maria ao longo da sua vida, enquanto consumidora excessiva de álcool, faz inúmeras referências ao filho, mas pensamos que numa altura em que ela não tinha muita noção do seu estado, o filho também terá passado para segundo plano.

Posto isto, o problema do alcoolismo não diz unicamente respeito ao alcoólico, mas também aos membros da sua família. Estes são muito afectados tanto no plano afectivo, como no seu dia-a-dia, sentindo-se tão ou mais desamparados que o doente. No caso de Maria, o membro da família mais afectado pela sua dependência é o seu filho, a figura mais próxima da nossa entrevistada. À semelhança de outros casos encontrados, também aqui, esta dependência faz com que toda a família se sinta atingida, podendo provocar um certo isolamento do mundo. Fica aqui reforçado que o alcoolismo é, assim, mais do que um problema individual, um problema familiar.

Não podemos deixar de referir, neste contexto, que, efectivamente, a nossa entrevistada afastava-se e isolava-se de todos, principalmente de quem lhe era mais próximo. Maria afirma que o seu filho se refugiava noutros parentes para não ter contacto com a mãe, enquanto esta estava alcoolizada.

“Eu não tinha grande relacionamento com os meus familiares mas quando comecei a beber tentei-me afastar.”

“A relação com o meu filho, quando eu bebia ficava mais afastada, ele tentava sempre não me ver naquele estado, tentava não estar comigo e ia para a madrinha.”

Pelas afirmações produzidas corroboramos, então, a ideia de Edwards, Marshall & Cook (1999), quando referem que o mais provável é encontrarmos os filhos de mulheres alcoólicas ao cuidado de outras pessoas, especialmente quando se trata de uma mãe solteira, como se verifica com a nossa entrevistada.

“Era mais com a minha irmã que me dava bem, mas até dela tentei fugir um pouco, tinha vergonha. “

O discurso de Maria foca agora uma outra questão importante, a questão da vergonha. Sendo um sentimento bastante comum entre alcoólicos, no caso de Maria, o facto desta ter consciência que o seu comportamento não era aceite nem pela sua família nem pela sociedade, pode ter motivado o seu afastamento dos familiares, pois procurava defender-se de julgamentos por parte destes e evitar que o seu filho a visse alcoolizada.

Os próprios doentes alcoólicos falam frequentemente das dificuldades que sentem em relação aos filhos, tal como nos descreve a nossa entrevistada. Os pais não são insensíveis ao sofrimento que provocam ou provocaram. O distanciamento profundo entre eles e o seu meio, durante os períodos de alcoolização, impede com frequência qualquer diálogo e obriga as crianças a desenvolver mecanismos de defesa para sobreviverem a isso (Faoro – Kreit & Hers, 2002).

“Quando eu estava bêbeda o meu filho tentava sempre não estar comigo por causa das cenas ridículas que eu muitas vezes fazia e também dizia.”

Com esta afirmação, Maria ilustra como o comportamento do seu filho está de acordo com o descrito na literatura. Nesta situação, consideramos que o afastamento da criança funciona como um mecanismo de defesa.

De um outro ponto de vista, o alcoólico também passa a relação com os familiares e pessoas que o rodeiam para segundo plano, como foi retratado pela nossa entrevistada. Isto resulta da relação intensa que um alcoólico tem com o beber, sendo que este passa a ser prioritário em relação a outras actividades, adquirindo cada vez mais importância na vida do indivíduo (Formigoni & Monteiro, 1997).

“Era uma prioridade na minha vida e a gente pensa prioritariamente no álcool e a nossa vida gira toda em volta do álcool, tudo o que fazia era em função do álcool (...)”

É visível que, nesta fase, Maria tem grandes dificuldades em controlar o que se passa na sua vida. Sendo o álcool o mais importante, esta é gerida em função das suas alcoolizações. Assim, tradicionalmente, estas alcoolizações são marcadas por pouco convívio e com mais culpabilização. O acto de beber é, normalmente, solitário, vespertino e visa o efeito euforizante ou ansiolítico (Costa & Teixeira, 2005).

“Nem sei se me alimentava, só sei que bebia e muito (...)”

Apesar do discurso difuso, o esquecimento ou até a vergonha de não se lembrar, a nossa entrevistada refere que só se recordava de beber. Poderá aqui estar patente, mesmo que inconscientemente, um género de perturbação do comportamento alimentar, na medida em que o único interesse dos alcoólicos é a bebida e pouco ou nada se alimentam enquanto consomem álcool. Isto vai de encontro ao referido por nós, na parte teórica do nosso trabalho, que as mulheres alcoólicas, deprimidas ou não, apresentam em 20% a 40% dos casos perturbações do comportamento alimentar (Adés & Lejoyeux, 1997).

A ingestão de álcool na mulher efectua-se de forma rápida, à procura de estados de sonolência ou de perda de consciência. A dimensão negativa dos símbolos culturais agregados ao beber feminino parecem, em parte, explicar a escassez de entretenimento feminino quando consomem (Mourad & Lejoyeux, 1997).

“Mal acordava era uma garrafa de vinho e do que me dizem era isto o dia todo.”

“Desde que acordava até me deitar era só álcool, era só beber, até ter sono e até me deitar. Adormecia completamente bêbeda.”

“Enquanto alcoólica, o que é muito difícil responder, e agora neste momento, o meu filho é que me conta porque há muita coisa que não me lembro.”

O discurso de Maria vai de encontro ao referido em relação à função do álcool na sua vida. Este, nesta fase, tinha de facto toda a sua dedicação física e psíquica. Contudo, importa também referir que esta foi uma época de que Maria tem poucas lembranças, o que dificultou a nossa percepção do seu percurso, enquanto alcoólica.

Assim, tal como nos refere Rosa e seus colaboradores (*cit. in* Costa & Teixeira, 2005), o álcool em pequenas quantidades atenua a depressão e à medida que a dose aumenta, agrava-a criando-se um ciclo vicioso que é necessário descobrir e anular.

No caso de Maria, inicialmente, na fase de alcoolizações, esta considerava que o álcool a auxiliava a lidar com os problemas que enfrentava na sua vida. No entanto, e à medida que progressivamente foi enfrentando os seus problemas com o álcool e acreditando que se trata de uma enfermidade, Maria apercebeu-se que este, para além de não a ajudar, ainda contribuía para aumentar o seu estado depressivo.

“(…) por mais que eu pensasse que me ajudava quando estava mais em baixo e até deprimida, agora sei que não, porque depois de beber e estar sóbria fica-se pior do que o que se estava.”

“Talvez derivado a problemas psicológicos, pensando que iria resolver tudo ao beber.”

“E sentia-me lindamente quando estava alcoolizada, passavam-me os pensamentos maus e muitas vezes quando bebia não ficava deprimida, como quando não bebia.”

Não deixa, no entanto, e por outro lado, de ser notório, como se pode verificar pelo discurso de Maria, que a pessoa enquanto alcoólica, procura estados de alienação da realidade e fuga aos problemas que não quer, ou não consegue enfrentar. Nesta fase, para o alcoólico, apenas são percebidos os benefícios momentâneos que o álcool lhes traz como a desinibição e o êxtase.

“A percepção que tinha do álcool quando era alcoólica era uma coisa boa para mim e que me fazia sentir bem, quando bebia ficava na boa (...)”

“A gente acaba por não sentir nada e sentir-se fora.”

Desta forma, podemos evidenciar, relativamente à abstracção dos indivíduos que consomem excessivamente álcool, que o elevado consumo de bebidas alcoólicas decorre inevitavelmente da sua acção psicotrópica em que se podem observar certos benefícios a nível individual, como a convivialidade, sociabilidade e, nalguns casos, solidariedade, decorrentes da acção desinibidora e ansiolítica do álcool ou etanol (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Esta posição torna-se ainda mais clara, segundo DuPont (1997), que considera o álcool como uma droga depressora e o seu consumo moderado provoca relaxamento e diminuição das inibições. Portanto, num indivíduo dependente desta substância, os efeitos sentidos tomam maiores proporções, como transparece no discurso de Maria.

“Quando bebia sentia-me desinibida (...)”

“Muitas vezes estamos estão abstraídos quando consumimos que até parece que estamos noutra mundo.”

Por outro lado, como menciona Xiberras (1989), para além das propriedades inebriantes e excitantes do álcool, existem também efeitos inversos: de depressão e perturbações na locomoção, descoordenação de movimentos, perturbações da fala. Como nos diz a nossa entrevistada, se, por um lado, se sentia mais desinibida, por outro, chegava a fazer coisas no momento, que agora nem se lembra, mas que aparentemente eram situações embaraçosas. Podemos, ainda, referir que para a nossa entrevistada, os seus actos enquanto bebedora excessiva, actualmente a envergonham, sendo possível que esteja patente um certo arrependimento face a esses mesmos actos.

“Eu, de facto, só me lembro que me sentia bem quando bebia, mais não posso dizer, e que fazia figuras ridículas, segundo o que diz o meu filho.”

“E era tudo em seguida, até começar a fazer figuras estúpidas e das quais agora me envergonho.”

Assim, os consumidores excessivos de bebidas alcoólicas, no momento em que se encontram alcoolizados, sentem-se descontraídos e desinibidos, apesar de, por vezes, dizerem e fazerem coisas que um dia mais tarde podem considerar embaraçosas.

Tendo em consideração que as determinantes psicológicas do alcoolismo feminino são relativamente específicas, podemos afirmar que mais do que no homem, o consumo abusivo de álcool pela mulher é muitas vezes suscitado pela depressão, a ansiedade, os transtornos de personalidade, mas também por situações afectivas e sociais que admitem isolamento, solidão, abandono, divórcio, entre outros (Mourad & Lejoyeux, 1997). Para Goodman (2000), os factores físicos, sociais, económicos, culturais e psicológicos influenciam a forma como a mulher se insere na problemática do alcoolismo.

Como se pode verificar pelas palavras de Maria, as motivações para o elevado consumo passavam pela procura no álcool de um refúgio para os seus problemas, tanto sociais como

financeiros. O álcool proporcionaria, então, uma espécie de conforto e apoio psicológico, podendo ainda ser considerado como uma cura para a depressão.

“(...) o álcool era um refúgio para mim (...)”

“Eu meti-me no álcool porque talvez este fosse um meio para tentar encontrar algum conforto e apoio psicológico, eu sempre fui muito deprimida e fraca psicologicamente (...) o álcool era um meio para me apoiar perante o que muitas vezes acontece de mal na nossa vida. Pensava muitas vezes que bebendo, talvez os problemas passassem, a vários níveis, quer financeiros, psicológicos.”

Aqui percebe-se que, para Maria, o álcool, mais que um refúgio, era um veículo para o esquecimento.

“Quando bebia servia para esquecer tudo.”

“(...) é o ponto de partida, em que a gente pensa que ajuda a esquecer as coisas psicológicas, financeiras, coisas da vida, (...)”

Perante este discurso, parece-nos inegável que a acção do álcool poderá ajudar a pessoa a distanciar-se dos seus problemas, das pessoas e pode mesmo ser um meio facilitador para condutas menos próprias, alicerçadas pelo excesso de consumo.

Como já referimos anteriormente, e de acordo com Mourad & Lejoyeux (1997), o consumo abusivo de álcool pela mulher pode ser motivado por situações afectivas e sociais que incluem casos de isolamento, solidão, abandono, divórcio, entre outros.

Deste modo, Maria encara o álcool como um companheiro, sentindo inclusivamente a falta de “alguém” quando não bebia. Porém, pode-se realçar que o álcool não serviu como substituto de um companheiro real, apesar de sentir que o consumo excessivo lhe prestava o apoio que tanto necessitava.

“O álcool (...) era talvez para mim uma coisa que tivesse ligado a tudo, que tivesse comigo, que fizesse parte de mim, era o meu companheiro e a minha companhia.”

“Senti sempre falta de qualquer coisa quando não bebia e mesmo falta de alguém, alguém que me desse apoio moral ou então que não tivesse problemas por várias razões.”

Há uma particularidade que nos parece evidente e que merece de nossa parte alguma atenção, como já referimos na primeira parte do nosso trabalho, e que vai de encontro ao que a nossa entrevistada objectou, ou seja, há estudos que evidenciam que as bebidas alcoólicas são consumidas predominantemente em casa, pelas mulheres (Moreira, 2000).

Tendo em consideração o local de eleição para as alcoolizações, a casa, onde habitualmente se encontram sozinhas, este é um contexto facilitador do consumo solitário. Assim, o papel clínico, psicológico e social do alcoolismo feminino, é habitualmente descrito como: um alcoolismo solitário (Mourad & Lejoyeux, 1997). Este ponto de vista está bem patente nesta frase da nossa entrevistada:

“Em casa. Sozinha, tudo sozinha.”

Na perspectiva dos mesmos autores, o alcoolismo feminino é pouco suscitado pelo convívio, marcado pela procura da embriaguez ou pelo maior ou menor esquecimento, geralmente dissimulando uma culpabilidade “alimentada” pela reprovação social dos comportamentos alcoólicos da mulher.

“Muitas vezes, quando andava na rua e bêbeda, aí sim sentia-me discriminada e todos me olhavam de lado, por isso mesmo preferia beber em casa e sozinha, porque assim ninguém me via e julgava.”

“Quanto mais bebia, melhor me fazia, chegava a fazer cenas completamente estúpidas (...)”

Tomando em consideração o que foi anteriormente descrito, parece-nos transparente que o alcoolismo feminino é, sem dúvida, um alcoolismo solitário e com pouco convívio. A mulher prefere ficar em casa a beber, na medida em que é onde se sente bem e talvez mais protegida, sem que ninguém a observe com indiferença.

“(...) e era sempre em casa, porque era o sítio onde me sentia mais à vontade, porque era o meu sítio privado, era meu e lá podia fazer o que quisesse.”

Contudo, e apesar das mudanças sociais e culturais, ainda existe menor pressão social sobre a mulher para começar a beber e maior para parar e a sociedade é dura no julgamento das mulheres alcoólicas (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Assim, parece começar-se a observar uma sociedade que aceita com agrado que a mulher beba em estabelecimentos públicos e incita a um consumo abusivo, quando, de facto, a sociedade reprime este tipo de comportamentos e recrimina as mulheres que têm este género de comportamento (Hurtado, 2001). Este ponto de vista é ilustrado por Maria da seguinte forma:

“Mas, de facto, houve e há sempre discriminação com pessoas que bebem, como eu fazia.”

Importa ainda referir que, de acordo com Ismail (2002), socialmente, o alcoolismo feminino é mais estigmatizante para a mulher e isso contribui também para uma dependência “escondida” até muito tarde.

No caso de Maria pode-se, ainda referir, que o facto de os seus consumos se limitarem a ser em casa, poderá parecer uma tentativa de ocultação do seu alcoolismo perante a sociedade. Maria reitera, ainda, que procurava afastar-se das pessoas, o que, mais uma vez, poderá ser entendido como uma tentativa de se esconder dos que a rodeiam.

“(...) eu é que me tentava afastar das pessoas.”

Neste afastamento parece estar patente uma dependência anti-social, típica do alcoolismo feminino. As mulheres com problemas com álcool geralmente bebem sozinhas e em casa, o que reduz a probabilidade do seu problema ser descoberto e aumenta o risco de isolamento social.

A pressão social, estereótipos face ao alcoolismo dificultam a própria aceitação da doença, mas com as mulheres alcoólicas isto ainda se verifica mais, pois há mais pressão para a mulher deixar de beber do que quando falamos de alcoolismo nos homens (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

“Mas sentia mais do meu pai porque ele achava que era mau beber, mas uma mulher beber ainda pior, deixou de me falar.”

“O meu pai, sobretudo, não reagiu muito bem quando se apercebeu que eu bebia demais e dizia muitas vezes que beber era para homens (...).”

A interpretação que poderemos retirar desta afirmação e como refere Ismail (2002), nas sociedades ocidentais o consumo de álcool ainda é visto como sinal de virilidade, quem pode beber é o homem, o beber não é para mulheres.

Assim, a aceitação e a tolerância face à mulher alcoólica é muito inferior à concedida aos homens, esta falta de aceitação e tolerância também é influenciada pela sociedade (Moya, 2004).

Perante a discriminação sentida pelo nosso sujeito, denota-se, de facto, a complexidade da problemática com a qual nos estamos a deparar e com a qual estamos a ser confrontados.

“E mesmo com a família era igual, estava-me completamente nas tintas, pois na verdade ao beber em excesso não estava em mim.”

Perante o que é descrito anteriormente pela nossa entrevistada a dúvida levanta-se, dada a complexidade do tema, será que bebe porque é discriminada ou é discriminada porque bebe? Na nossa perspectiva, a nossa entrevistada, por um lado, é discriminada porque bebe.

“A minha família, como não sou assim de uma família abastada, e muitos da minha família diziam: ela bêbeda não vem para aqui, obviamente assim sentia discriminação total.”

E, por outro lado, também bebe porque é discriminada.

“Eu para contornar a discriminação que sentia bebia ainda mais, assim a discriminação que sentia dava-me para beber e estava-me nas tintas para os outros.”

4.2.3. Viver em transição

As atitudes sociais moralistas e o estigma social associado aos problemas com bebida são marcantes. As mulheres, muitas vezes, não vêem a bebida como o seu principal problema e queixam-se de outros problemas de saúde e psicológicos, como por exemplo a depressão. O medo do estigma, da reprovação social e da perda dos filhos podem impedir que procurem a ajuda que necessitam (Edwards, Marshall & Cook, 1999). Portanto, é importante que haja percepção por parte do doente ou de quem o rodeia que a problemática do alcoolismo existe na pessoa, para que assim possa ter o auxílio que necessita.

Maria quando questionada relativamente ao momento em que decidiu deixar de beber, retorquiu que não se lembra, fundamentando o que anteriormente já referimos, em relação à sua dificuldade em situar-se no tempo.

“Especificamente não sei quando resolvi deixar de beber, mas sei que foi há muitos anos, sei que já lá vão alguns anos. O meu filho neste momento tem 16 anos e ele era pequenito, portanto já lá vão uns anos.”

A nossa entrevistada também menciona numerosas vezes que o verdadeiro objectivo de deixar o consumo é levar a vida com normalidade, parecendo-nos assim, que há uma crença positiva face à sua própria reabilitação.

“O aspecto mais importante foi de facto querer levar a minha vida com normalidade (...)”

“(...) deixar estes dois vícios (...)” [referindo-se ao álcool e drogas]

Importa, também, não ignorar que a sua decisão envolveu, claramente, uma vontade de ver o seu filho crescer o podê-lo acompanhar de uma forma saudável. Assim, é visível a forte relação afectiva entre mãe e filho e talvez esteja também patente o medo de perda do filho por parte da mãe.

É importante realçar que apesar de a vida de Maria ser marcada pelos consumos, esta tentou sempre salvaguardar o filho, evitando que ele a visse em situações que poderiam suscitar sentimentos negativos por parte da criança.

“Pensei para mim própria, o meu filho é muito pequenino precisa de mim, ando a fazer uma figura ridícula comigo e para ele e pensei a partir deste momento ponto final.”

“Eu queria o meu filho para mim e eu cheguei à conclusão que a figura que andava a fazer era completamente ridícula e que o álcool não me resolvia nada (...)”

Os dados epidemiológicos relativos às perturbações do uso do álcool, demonstram que o seu consumo excessivo provoca profundas ramificações sociais, médicas e psicológicas, não só para o indivíduo, mas também para aqueles que o rodeiam (Pombo, 2006).

“(...) tirava-me tudo aquilo que eu queria, alterava a minha personalidade, a minha maneira de ser, a minha maneira de estar integrada na sociedade e até

fisicamente, com o meu corpo senti mudanças muitas vezes não tinha menstruação.”

Tendo em consideração as alterações físicas descritas por Maria neste último testemunho, julgamos ser relevante abordar esta temática e relacioná-la com a nossa parte teórica, na medida em que esta é fundamentada por Novaes, Melo & Zilberman (2000). Segundo estes autores, a influência do consumo de álcool sobre o funcionamento hormonal feminino já encontra referências consistentes.

Assim, na perspectiva destes autores, o consumo abusivo ou a dependência alcoólica parecem estar associados a diversas alterações do ciclo reprodutivo desde a ocorrência de amenorreia, disfunções ovarianas, menopausa prematura, além de relatos da maior risco de infertilidade, abortos espontâneos, entre outros.

4.2.4. Vida presente

Para Moya (2004), quando falamos em mulher alcoólica, referimo-nos a uma mulher que instaurou uma dependência face ao álcool e cujo consumo origina problemas físicos, psicológicos e/ou sociais.

O catálogo de efeitos nefastos quando uma pessoa consome álcool excessivamente, começa pelo fígado, a fábrica química do organismo (hepatite alcoólica, cirrose do fígado, entre outros), a anemia, problemas gastrointestinais (DuPont, 1997), tal como faz referência a nossa entrevistada:

“O álcool marcou-me muito, negativamente a nível social, psicológico e físico (...)”

“ E também tenho sempre comigo as mazelas dos meus excessos tanto com droga como com álcool, tenho imensas doenças que foram provocadas pelos excessos, o meu fígado, hepatite, e mais.”

“As marcas negativas que noto mais agora são as doenças que tenho (...)as consequências dos meus excessos com o álcool e a droga na minha saúde foram terríveis.”

A depressão, tentativa de suicídio e sintomas somáticos podem ser uma das primeiras formas de apresentação do quadro alcoolismo, ocultado pela vergonha., hostilidade familiar e medo de perder os filhos (Rosa et al. *cit. in* Costa & Teixeira, 2005).

“Hoje em dia vivo pelo meu filho e para ele porque é a pessoa mais importante da minha vida, sempre foi e por no passado eu ter estado um pouco ausente agora não estou e ele está acima de tudo.”

“(...) primeiro o apoio do meu filho e o olhar para o meu filho e querer estar com ele, porque eu era tudo que ele tinha (...)”

Este discurso vai de encontro ao que anteriormente referimos, na medida em que é visível que a relação afectiva entre mãe e filho foi crucial para o início do tratamento e que talvez houvesse medo de perda do filho por parte de Maria e receio de não acompanhar o seu crescimento e evolução enquanto ser humano.

O estigma social que envolve a mulher alcoólica é muito maior que o que envolve o homem, por isso muitas vezes a vergonha aparece como um obstáculo para um diagnóstico precoce na mulher (Ismail, 2002) e também quando se trata de dar o seu contributo aos outros, passando este a ser um estigma para a mulher que tem a doença.

“(...) só o facto de ter consumido já é negativo, mas ficar com o rótulo de doente alcoólica também é mau(...)”

Por isso, a indecisão e relutância da nossa entrevistada quando questionada se poderia dar o seu contributo aos outros e que, assim, vai de acordo com o que foi referido na parte teórica.

“Vou ser muito específica eu não quero partilhar com ninguém o que se passou comigo (...) porque sinto vergonha, sempre senti vergonha de beber em frente aos outros. (...) Se calhar até me fazia bem abrir-me e falar sobre o meu problema e também se os outros ouvissem a minha história podiam-se identificar e tentar fazer igual e tentarem, porque é importante ter força, mas prefiro não o fazer porque não me sinto bem a falar deste problema, quero mesmo esquecer.”

O uso de bebidas alcoólicas está entrosado na cultura e economia do nosso país e a cultura pode influenciar o padrão e o contexto, assim como a quantidade de consumo de álcool e o padrão deste consumo pode, por sua vez, ser determinante nos problemas com a bebida.

De facto, em festas de aniversário, casamentos, baptizados, entre outros, o consumo de bebidas alcoólicas é algo permissivo e quase obrigatório, assim o consumo de álcool está fortemente ligado aos rituais religiosos, familiares e sociais e não se pode dissociar as influências do meio familiar das da cultura e do contexto religioso (Adés & Lejoyeux, 1997).

Maria refere, a este propósito, que o facto de ir a festas e estar em contacto com bebidas alcoólicas lhe é, actualmente, completamente indiferente e que permanece imparcial mesmo que alguém a incite ao consumo de álcool, pois sabe que não pode beber. Como já expusemos teoricamente esta temática, é de fulcral importância frisar que o acto de beber é algo cultural e está patente em todos os dias na nossa vida.

“ Sei que se for a uma festa ou qualquer coisa do género, não toco em álcool, mesmo quando me oferecem, agora é sempre água ou sumos, brindes e tudo.”

O álcool está, assim, continuamente presente na nossa vida diária, além de que alguns estilos de vida estão totalmente baseados no seu consumo, tanto em adultos como em jovens, incluindo adolescentes (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Para Adés & Lejoyeux (1997), o saber beber é, pois, um vector importante da convivialidade e, portanto, da integração social. Assim, beber álcool é um comportamento social cujas

funções hedónicas ligadas às propriedades psicotrópicas positivas do etanol em doses fracas são inegáveis e que permite a feliz partilha de uma convivialidade, o acesso a uma cultura comum que define as tradições da festa e que também ornamenta as cerimónias mais simples da vida do dia-a-dia.

Parece-nos merecer especial destaque a posição manifestada pela nossa entrevistada relativamente ao tratamento e, de facto, ao longo da entrevista, vai referindo os aspectos positivos, negativos, o que custou mais e o que custou menos, sendo que é notório que a ajuda de todos os que participaram na sua reabilitação foi crucial.

A reabilitação da mulher alcoólica é processo longo e difícil, tanto para a mulher, como para os que a rodeiam. O reconhecimento da sua doença implica admitir e assumir um estigma com grande carga social negativa e em muitas ocasiões opta-se pela negociação do problema (Moya, 2004).

Em relação à abordagem terapêutica e conseqüente abstinência há uma ligeira dicotomia no discurso de Maria quanto à facilidade, ou não, de deixar de beber, mas considera que o objectivo final foi o mais importante por ela alcançado, que foi conseguir deixar de beber.

“Não foi difícil deixar de beber, pensei até que me fosse custar mais, mas também já vai da força de vontade de cada um (...) Mas obviamente que não foi fácil, mas como me sentia irritada por um dia ter começado a beber e ter gostado, com ajuda do meu filho acabou por não ser tão difícil.”

“Eu tento nem pensar nas marcas negativas, porque o que importa mesmo é ter conseguido deixar estes dois vícios.”

A família tem um papel fundamental, senão vital, no tratamento da mulher alcoólica, na medida em que dada a complexidade do seu problema, o apoio de quem rodeia o alcoólico pode ser um incentivo para alcançar os objectivos a que se propõe durante a abordagem terapêutica.

O doente e a sua família podem recolher informação sobre a doença alcoólica, obter conhecimento e compreensão dos papéis de cada um, para que saibam a verdadeira importância da reabilitação do doente alcoólico, porque geralmente a família é a primeira instituição a que se recorre para garantir o suporte afectivo e social indispensável para a reinserção e reabilitação do doente.

No caso específico de Maria, o filho, evidentemente, foi o ponto forte para a reabilitação da doente.

“(...) a marca mais positiva foi a força do meu filho que sempre me auxiliou mesmo em tenra idade ele via que era mau e dizia e assim foi ele que me deu o maior incentivo.”

Por outro lado, o processo de reabilitação da mulher alcoólica é prolongado no tempo e em todo este processo há entidades que desempenham um papel fulcral, como: instituições e redes informais de apoio social. Em ambos os casos, as figuras ou actores sociais que intervêm, são pilares para a mulher alcoólica, no âmbito das relações pessoais, a empatia que a mulher estabelece com o profissional, assim como a função que desempenham os grupos de auto-ajuda (Moya, 2004).

“(...) foi um pouco dolorosa a fase inicial (...)”

“Tive que aprender muitas coisas que já estavam apagadas e esquecidas e a ajuda dos médicos e técnicos foi muito importante. Agora já estou habituada a fazer tudo outra vez e vir com regularidade aos médicos, porque tenho que andar sempre nas consultas, porque sei lá o que pode acontecer se não vier. (...) tive que começar a criar hábitos que não tinha, tive que começar a viver, porque eu a vida que tinha não era vida, estava o dia todo fechada em casa e só bebia.”

“(...) eu já estava cansada e muito debilitada psíquica e fisicamente, o meu fígado quase que não funcionava.”

O processo de tratamento é difícil e delicado, tanto para o doente, como para quem está ligado a si e a maior parte das vezes, segundo Petit (2002), a vergonha e a reprovação podem, a todo o momento, interferir e produzir efeitos inibidores, culpabilizantes, desmobilizadores tanto para a doente como para o cônjuge, os filhos ou todo o pessoal técnico que acompanha a doente.

“Apesar de ter recaído uma vez durante o tratamento consegui.”

Sobre isto que a nossa entrevistada mencionou apraz-nos dizer que a abstinência total não quer dizer êxito para o sujeito mesmo quando o nível social significa cura. É então necessário convencer o doente e os que o rodeiam e sobretudo técnicos, médicos, terapeutas, que a recaída não é sinónimo de fracasso (Dermine, 2002).

Assim, é conveniente não considerar a recaída como um insucesso, de modo a não se cair na complacência ou cumplicidade. E para isso é necessária a presença de todos os que rodeiam o sujeito no tratamento. No fundo, este é um trabalho cheio de imprevistos, por isso a importância do trabalho multidisciplinar com estes doentes, para que não se sintam desamparados quando a recaída acontece.

Este trabalho ou tratamento multidisciplinar, cujo êxito depende da adesão do sujeito, da sua motivação, da confiança depositada no ou nos terapeutas, da continuidade do acompanhamento e da qualidade da relação terapêutica e sua manutenção a longo prazo. Mas nenhum tratamento padronizado do alcoolismo pode ser proposto que não seja redutor, pois o tratamento varia de pessoa para pessoa, tendo em conta aspectos de personalidade, do comportamento, entre outros (Adés & Lejoyeux, 1997).

Tal trabalho multidisciplinar, verificou-se e continua a verificar-se no tratamento de Maria. A própria assume que só conseguiu alcançar os seus objectivos até hoje, porque tem a ajuda de todos os técnicos, médicos, entre outros, para conseguir lidar com a sua doença e aprender a viver com ela.

“(…) depois o apoio social (…) técnicos do centro de alcoologia e médicos (…) tenho que ter acompanhamento a nível psiquiátrico e tenho que andar, porque senão acho que já tinha feito das minhas ou então já não estava cá. (...) Espero sempre com ansiedade pelo dia de amanhã porque preciso de ajuda económica e psicológica.”

Quando abordamos o aspecto tratamento, é, de facto, crucial referir a importância do trabalho multidisciplinar para a recuperação do doente e no caso que temos vindo a retratar, a nossa entrevistada é acompanhada no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN. Nesta instituição privilegia-se também, como já referimos anteriormente, o trabalho multidisciplinar, caracterizado pela existência de um espaço comum para estudar cada situação e propôr estratégias a seguir.

No que toca ao papel do Assistente Social, tal como refere Rogers (1985), este procura uma transparência na relação utente/profissional, uma atitude terapêutica positiva e receptiva sem ser possessiva, compreendo por empatia e sendo sensível aos sentimentos e reacções do utente. Adota interiormente em relação ao utente uma atitude de profundo respeito, de aceitação total e de confiança nas suas potencialidades para resolver os seus próprios problemas.

A nossa entrevistada reitera que ajuda dos técnicos, médicos, terapeutas, entre outros, do Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN, foi essencial em todo este processo de tratamento e reabilitação psicológica e social, mencionando mesmo que este apoio foi das coisas mais positivas que envolveram todo um processo terapêutico.

“Os aspectos positivos do tratamento foram o tratamento em si, o apoio psicológico que sempre precisei e que só tive quando vim para o centro de alcoologia, o assistente social aqui do centro, os técnicos, eu de facto vim para aqui muito debilitada a nível psicológico.”

O Assistente Social no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN realiza muitas vezes um trabalho de apoio psicossocial com o objectivo de intervir sobre os aspectos associados à doença. Desta forma, promove condições para a reabilitação e reinserção social dos doentes,

reduzindo, assim, o impacto de factores sociais, económicos, culturais e ambientais desfavoráveis ao seu bem-estar, para que, assim, o doente alcance uma vida com a qualidade necessária.

Importa sublinhar que as abordagens terapêuticas, qualquer que seja o seu tipo, têm quase sempre um efeito positivo, a médio e a longo prazo, e o sujeito tem um papel activo no seu tratamento (Adés & Lejoyeux, 1997).

E assim, hoje em dia Maria considera que tem uma vida normal e nunca pensa em bebidas alcoólicas, sendo que estas são passado e as coisas do passado ficam para trás. E contrariamente ao que acontecia quando bebia, agora quer estar integrada e estar em contacto com a sociedade. Parte deste trabalho está patente na reabilitação do alcoólico, na medida em que a intervenção permite desenvolver um trabalho de reabilitação psicossocial do indivíduo.

“A minha vida agora é uma vida normal, sem álcool ficou uma vida normal (...) tento encará-la da melhor forma possível (...) tento sempre arranjar maneira de estar integrada da melhor maneira possível e tento sempre encarar as coisas da melhor maneira possível.”

“Eu nem sequer penso em álcool, eu quero lá saber, as más recordações esqueci-as e “boa noite”. (...)”

“Hoje vejo-me uma pessoa mais feliz do que o que era, comparando claro com o tempo em que bebia e no aspecto de ser uma pessoa sem vícios.”

Resumidamente, e como forma de conclusão, podemos talvez perceber o caso de Maria como um caso com sucesso tendo em consideração o seu historial e suas agravantes. De facto, sentimos que o nosso trabalho ficou mais valorizado devido à riqueza da sua biografia, tanto do ponto de vista social, como psicológico.

Reflexões Finais

Na actualidade, o alcoolismo, como vimos ao longo do nosso trabalho, é considerado como um fenómeno universal e constitui um dos primeiros problemas de Saúde Pública na maioria dos países mundiais, sendo que Portugal é dos países com mais consumo de álcool a nível mundial.

Uma definição quase tautológica do alcoolismo poderia parecer sedutora, pelo seu carácter discriminatório em relação às outras patologias, assim o alcoolismo caracteriza-se pelo recurso repetido ao álcool com o objectivo de aumentar a satisfação ou de reduzir a insatisfação do sujeito (Roussaux, Kreit & Hers, 2002). Mas o conceito de alcoolismo representa também um conceito heterogéneo, na medida em que a dependência de álcool é uma perturbação multifactorial, isto é, contribuem para o seu desencadeamento múltiplos factores, biológicos, psicológicos e sociais (Ismail, 2002).

Importa não esquecer, que o alcoolismo é uma doença que não depende da vontade individual e que se instaura como um processo evolutivo no qual intervêm factores tanto referentes à personalidade individual, como o ambiente familiar, educativo, cultural, laboral, relacional e social. O alcoolismo, independentemente do contexto em que se desenrole, é um drama para toda a família. O alcoolismo de um membro da família, para além do sentido que tem para o indivíduo em causa, orienta e, por vezes, determina a vida familiar.

É importante realçar que as características principais e que diferenciam o alcoolismo feminino, do alcoolismo masculino são: o menor convívio – normalmente as alcoolizações ocorrem em casa; alcoolizações mais culpabilizadas – envolvendo sentimentos como a vergonha, tanto para a própria como em relação aos que a rodeiam; e o beber solitário – este deve-se ao culminar de todos os factores anteriormente evidenciados.

Perante o caso da nossa entrevistada, um alcoolismo completamente isolado, foi necessário haver uma reconstrução do seu tecido afectivo e social, primeiramente no Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN e posteriormente no exterior. É essencial reconhecer que a

intervenção é duradoura, longa e constante, tanto para quem está a intervir como para quem é objecto da intervenção, como também já foi referenciado.

Importa, ainda, salientar que apesar da visibilidade que o alcoolismo feminino vai adquirindo em Portugal, consideramos que ainda se trata de um fenómeno dotado de uma grande opacidade, e assim permanecerá se mantivermos os estereótipos, a intolerância e a não aceitação social face ao alcoolismo nas mulheres.

Em nossa opinião, a pertinência deste trabalho de investigação sai fortalecida, pois alcançamos, em parte, os objectivos a que nos propusemos. Se, por um lado, conseguimos aferir a perspectiva da nossa entrevistada face à sua doença, por outro lado, tornou-se mais difícil identificar e caracterizar os contextos facilitadores para o seu consumo de álcool. Consideramos que este objectivo não foi plenamente atingido, dada a indisponibilidade ou incapacidade da nossa entrevistada em abordar determinados assuntos e devido à sua dificuldade em se situar temporalmente.

Quando procuramos averiguar a existência de um projecto de vida, Maria demonstrou não ser verdadeiramente autónoma, pois está profundamente vinculada a uma rede de suporte formal, da qual depende a nível psicológico, social, médico e económico. A sua vida é, então, encarada no imediato, não existindo um projecto de vida a longo prazo.

Finalmente, tendo em conta o último objectivo por nós delineado, e como vimos anteriormente, Maria está intrinsecamente ligada e dependente de uma rede de suporte formal e esta tem um papel fundamental na sua recuperação. O Centro Regional de Alcoologia do Norte – CRAN é, indubitavelmente, a instituição mais marcante no seu processo de tratamento. Posto isto, estes dois últimos objectivos foram inteiramente alcançados.

Contudo, consideramos que alguns pontos ficaram aquém do que inicialmente teríamos esperado, devido essencialmente ao discurso protegido da nossa entrevistada, ainda que ao longo da entrevista Maria se tenha libertado um pouco. Julgamos, porém, que não foi o suficiente para explorar convenientemente a complexidade da sua história.

Assim, os estudos qualitativos dependem muito da quantidade de informação que os nossos entrevistados nos dão. Estamos certos que muitos são os factores que podem influenciar uma maior ou menor recolha de informação por parte do entrevistador. Uma das nossas principais preocupações foi tentar estabelecer uma relação de confiança com a nossa entrevistada. No entanto, os resultados obtidos com a entrevista podem não ter sido os que inicialmente idealizamos para o nosso trabalho. Isto, seguramente, devido às dificuldades que Maria tem em falar da sua própria história, a vergonha que ainda sente e também, porque incorporou os estereótipos associados à problemática, ficando assim evidente o quanto Maria se protege, não querendo abordar determinados assuntos.

Conforme referimos anteriormente, e entre outras limitações que possam existir no presente estudo, salientamos que a falta de alguma informação que a nossa entrevistada não nos quis conceder originou a que, possivelmente, não houvesse uma exploração aprofundada da sua história de vida, como inicialmente delineámos, que, a nosso ver, poderia ter possibilitado, um maior enriquecimento da temática inerente ao nosso estudo.

Finalmente, consideramos de grande pertinência do ponto de vista científico, que a realização de um novo estudo contemple uma maior amostra de mulheres com dependência alcoólica, o que, provavelmente, aumentaria a fiabilidade da informação. Não menos importante seria acrescentar outras fontes de informação, como por exemplo: técnicos, médicos e familiares da mulher com dependência alcoólica.

Face a um tema tão estigmatizado pela nossa sociedade e simultaneamente tão delicado, a sensação com que terminamos o nosso trabalho é francamente positiva. Existe um misto de sensações tanto em termos de realização pessoal, como académica e consideramos ter contribuído, de alguma maneira, para o conhecimento científico do fenómeno alcoolismo. Encaramos esta experiência como uma aprendizagem, e esperamos, ainda, que o estudo que acabamos de apresentar possa vir a constituir um contributo para a reflexão deste fenómeno.

Referências Bibliográficas

Adés, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamento dos Alcoólicos e seu Tratamento*. Lisboa, Climepsi.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3ª Edição. Lisboa, Edições 70.

Bento, A. & Sinde, S. (2006). *Álcool e Nutrição*. [Em linha]. Disponível em www.sociedadeportuguesaidealcoologia.pt. [Consultado em 03/09/2007].

Cooper, E. (1987). The Role of Group Psychotherapy in the Treatment of Substance Abusers. *American Journal of Psychotherapy*, 41(1), pp. 55-67.

Cordeiro, C. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Costa, C. & Teixeira, Z. (2005). *Alcoolismo no Feminino – Uma revisão bibliográfica*. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, Volume I – Ano II, pp. 11-19.

Coutinho, J., Morais, C., Salgado, M.J. & Marques, J. (1995). *Horizontes da bebida e o beber*. Projecto Dependências e Acção Comunitária – Responder no Presente Abrindo Horizontes para o futuro.

Dias, A.M. (2006). *Alcoolismo: compreensão psicodinâmica – Etanol, um líquido metonímico*. Lisboa, Climepsi Editores.

Dermine, C. (2002). O Tempo da Abstinência entre o Pedido do Meio Familiar e a Emergência do Sujeito. In: Roussaux, J., Kreit, B. & Hers, D. (Orgs). *O Alcoólico em Família*. 2ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 231-235.

DuPont, R.L. (1997). *Cérebro, Álcool e Drogas – O Cérebro Egoísta: Aprender com Dependências*. Lisboa, Instituto Piaget.

Edwards, G., Marshall, E. & Cook, C. (1999). *O Tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais de saúde*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes*. 4ª Edição. Porto Editores.

Faoro – Kreit, B. (2002). O Encontro com a Mulher Alcoólica. *In: Roussaux, J., Kreit, B. & Hers, D. (Orgs). O Alcoólico em Família*. 2ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 109-134.

Faoro – Kreit, B. & Hers, D.(2002). A Criança na Família Alcoólica. *In: Roussaux, J., Kreit, B. & Hers, D. (Orgs). O Alcoólico em Família*. 2ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 141 – 156.

Fernandes, C.S. & Bento, A. (2005). Avaliação do Consumo de Bebidas Alcoólicas na Gravidez. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, Volume I – Ano II, pp. 53-59.

Fernández, R. M. & Gómez, J.C. (1990). Sucesos vitales y alcoholismo femenino. *Anales de Psiquiatria* (6), pp. 35 – 45.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H.C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico* 2. Lisboa, Climepsi Editores.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa, Monitor – Projectos e Edições, Lda.

Formigoni, M. L. & Monteiro, M. G. (1997). A Etiologia do Alcoolismo. *In: Ramos, S.P. & Bertolote, J.M. (Orgs.). Alcoolismo Hoje*. 3ª Edição. São Paulo, Editora Artes Médicas Sul Ltda.

Gigliotti, A. & Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência Alcoólica: Critérios de diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), pp. 11-23.

Gil, A.C. (1994). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo, Editora Atlas.

Goffman, E. (1963). *Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. [Em linha]. www.sabotagem.revolt.org. [Consultado em 08/02/2008].

Goodman, J. (2000). *The Female Alcoholic*. Temecula, Women and Adiction Counseling and Educational Services.

Graves, R. (1990). *Os mitos gregos*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Hill, M.M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Editora Sílabo.

Hurtado, A. M. (2001). *Alcoholismo Feminino: fenómeno y realidad de la sociedad contemporánea*. [Em linha]. Disponível em www.psiquiatria.com. [Consultado em 01/10/2007].

Ismail, F. (2002). *Álcool Benigno, Álcool Maligno*. Porto, Ambar.

Lessard-Hébert, M., Goyette, M. & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição. Lisboa, Instituto Piaget.

Lino, T. (2006). *Alcoolismo – Da causa à doença*. [Em linha]. Disponível em www.psicologia.com.pt. [Consultado em 29/08/2007].

May, P. (1996). Research Issues in the Prevention of Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Birth Defects. In: *Women and alcohol: Issues for prevention research - Research Monograph 32*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Martins, G. (2006). *Estudo de Caso – Uma estratégia de Pesquisa*. São Paulo, Editora Atlas.

Mello, Breda & Barrias (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Moreira, R. (2000). *A Família e o Álcool*. Comunicação apresentada no IV Encontro de Alcoologia do Distrito de Braga – IX Jornadas Minhotas de Alcoologia. Não Publicado.

Moreira, R. (2004). Sobre tendências no tratamento do doente alcoólico. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, Volume I – Ano I, pp. 12 – 16.

Moreira, R. (2006). *Alcoolismo parental e psicopatologia nos filhos*. [Em linha]. Disponível em www.sociedadeportuguesaidealcoologia.pt/. [Consultado em 01/09/2007].

Moura, M. & Teixeira, Z. (2004). Álcool e Sexualidade. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, Volume I – Ano I, pp. 4 – 11.

Moya, J. G. (2004). Algunas Reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social*, Volume 17, pp. 83 – 98.

Mourad, I & Lejoyeux, M. (1997). L'Alcoolisme Féminin. In: Adés, J. & Lejoyeux, M. (Orgs.). *Alcoolisme et Psychiatrie*. Paris, Masson, pp. 201-220.

Nóbrega, M. & Oliveira, E. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), pp. 816-823.

Norris, J. & Hughes, T. Alcohol consumption and female sexuality: a review. In: *Women and alcohol: Issues for prevention research - Research Monograph 32* (1996). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Novaes, C., Melo, N. & Zilberman, M. (2000). *Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas*. [Em linha]. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. [Consultado em 02/10/2007].

Petit, C. (2002). O alcoolismo feminino na sua abordagem em psiquiatria – Obstáculos e particularidades que podem guiar a intervenção. In: Roussaux, J., Kreit, B. & Hers, D. (Orgs.). *O Alcoólico em Família*. 2ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 101-108.

Pillon, S. & Luís, M. (2004). Modelos Explicativos para o uso de álcool e droga e a prática da enfermagem. *Revista Latino Americana*, 12(4), pp. 676-682.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos e Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Pombo, S. (2006). *Que álcool se consome em Portugal?*. [Em linha]. Disponível em <http://www.sociedadeportuguesadealcoolologia.pt>. [Consultado em 01/09/2007].

Pombo, S. (2006a). *O Vinho*. [Em linha]. Disponível em <http://www.sociedadeportuguesadealcoolologia.pt>. [Consultado em 01/09/2007].

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª Edição. Lisboa, Gradiva.

Reizinho, R. (2006). *Alcoolismo e a Sexualidade da Mulher*. [Em linha]. Disponível em www.sociedadeportuguesadealcoolologia.pt/. [Consultado em 03/10/2007].

Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa, Moraes Editores.

Roussaux, J., Kreit, B. & Hers, D. (2002). *O Alcoólico em Família*. 2ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores.

Ruquoy, D. (1995). Situação de Entrevistas e Estratégias de Investigação. In: Albarello, L. & Diegneffe, F. (1995). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva Edições.

Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa, Climepsi.

Schuckit, M. A., Anthenelli R. M., Bucholz K. K., Hesselbrock V. M. & Tipp J. (1995). The Time Course of Development of Alcohol – Related Problems in Men and Women. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, pp. 218 – 225.

Seidman, I. E. (1991). *Interviewing as Qualitative Research*. Nova Iorque, Teacher College Press.

Selagen, M. (1999). *Sociologia da Família*. Lisboa, Terramar.

Tung T.C., Demétrio, F.N. & Andrade, A. G. (2005). Alcoolismo na Mulher e a Síndrome Pré-Menstrual: Existem relações?. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, Volume I – Ano II, pp. 4 – 10.

Vala, J. (2003). Análise de Conteúdo. In: Silva, A. S. & Pinto, J. M. (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. 12ª Edição. Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento.

Xiberras, M. (1989). *A Sociedade Intoxicada*. Lisboa, Instituto Piaget.

Anexos

Anexo 1 – Guião da Entrevista

Tema: Mulher Alcoólica

Guião de Entrevista

1. Caracterização Sócio-Demográfica da Entrevistada

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Estado Civil
- 1.4. Habilitações literárias
- 1.5. Profissão
- 1.6. Situação na Profissão

2. Contextualização relativa ao primeiro contacto com o álcool

- 2.1. Quanto ao contexto
- 2.2. Quanto ao momento
- 2.3. Principais reacções

3. Viver com o alcoolismo

- 3.1. Origem problemática
- 3.2. Percepção da doente relativamente à problemática
- 3.3. Relato do dia-a-dia de consumo
- 3.4. Percepção individual
- 3.5. Percepção familiares face à doente
- 3.6. Relação familiar
- 3.7. Discriminação
- 3.8. Estratégias para contornar discriminação
- 3.9. Dificuldades sentidas em lidar com a realidade

4. Viver em transição

- 4.1. Quando e como resolve deixar de consumir álcool
- 4.2. Aspectos levados em consideração
- 4.3. O que considera ter sido o *click* para a mudança

5. Viver sem consumo /Actualidade

- 5.1. Vida presente e relação com o álcool
- 5.2. Dificuldades até alcançar objectivo
- 5.3. Ajuda(s) relevante(s)
- 5.4. Percepção individual
- 5.5. Marcas
- 5.6. Contributo aos outros
- 5.7. Fase de tratamento
- 5.8. Percepção relativamente ao tratamento

**Anexo 2 – Declaração de consentimento para participar no
estudo**

Declaração de consentimento

Eu _____ aceito participar de livre vontade no estudo monográfico realizado por Alexandra Sofia Cântara Santos, aluna de Serviço Social da Universidade Fernando Pessoa.

Declaro que fui informada de todos os objectivos e procedimentos do estudo, do seu carácter anónimo e sigiloso assim como da possibilidade de desistência em qualquer momento da entrevista.

Declaro, também, autorizar a gravação da entrevista para futura análise do seu conteúdo.

Porto, _____

**Anexo 3 – Matriz Conceptual referente à Unidade 2 do
Guião de Entrevista**

Categoria – Primeiro contacto com o álcool**Sub-Categoria** – Contexto e momento

Unidade de Análise	
Registo	
Formal	Semântica
	<p>Começou com consumo de droga e só depois com o consumo de álcool</p> <p>Quando deixou de consumir droga refugiou-se no álcool</p> <p>Primeiro contacto com o álcool aconteceu em casa e sozinha</p> <p>Álcool como solução para ultrapassar os seus problemas</p>
	<p>“(…) sinceramente não me lembro, quando comecei a beber. Na infância não foi porque os meus pais “matavam-me”. Primeiro larguei a droga, e só depois me meti no álcool, foi um refúgio. Não foi na adolescência, eu meti-me na droga mais nova e só depois no álcool.”</p> <p>“Eu toquei a primeira vez em álcool, sensivelmente, toquei mesmo assim por tabela, larguei uma coisa para me meter noutra.” [deixou a droga e só depois consumiu álcool]</p> <p>“Em casa. Sozinha, tudo sozinha.”</p> <p>“Talvez derivado a problemas psicológicos, pensando que iria resolver tudo ao beber.”</p>

Categoria – Primeiro contacto com o álcool**Sub-Categoria** – Principais reacções

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
A gente acaba por não sentir nada e sentir-se fora	Não houve indiferença face ao álcool	“Gostei... Nem a droga nem o álcool me passaram ao lado.” ” A gente acaba por não sentir nada e sentir-se fora. ”
	Abstracção e alienação face à realidade	“Muitas vezes estamos estão abstraídos quando consumimos que até parece que estamos noutra mundo.”
Desinibida	Depois de começar foi difícil não continuar a beber	“Depois de beber a primeira vez tive sempre vontade de beber mais.” “Quando bebia sentia-me desinibida (...)”

**Anexo 4 – Matriz Conceptual referente à Unidade 3 do
Guião de Entrevista**

Categoria – Viver com o alcoolismo**Sub-Categoria** – Origem da problemática

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Álcool era um refúgio	O primeiro contacto com o álcool foi marcante	“O álcool começou a ser um problema a partir do momento em que toquei nele pela primeira vez, porque a partir daí não consegui deixar mais de beber.”
	Álcool era prioritário e a sua vida era levada em função dele	“Era uma prioridade na minha vida e a gente pensa prioritariamente no álcool e a nossa vida gira toda em volta do álcool, tudo o que fazia era em função do álcool (...)”
	Álcool como meio de resolução e esquecimento dos problemas	“(...) o álcool era um refúgio para mim (...)” “(...) é o ponto de partida, em que a gente pensa que ajuda a esquecer as coisas psicológicas, financeiras, coisas da vida, (...)”

Categoria – Viver com o alcoolismo**Sub-Categoria** – Origem da problemática

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Pessoa normal		<p>“Eu antes de ser alcoólica até me considerava uma pessoa normal, apesar de também ter consumido drogas durante 20 anos. Tinha uma vida perfeitamente normal antes de consumir álcool.”</p>
	Álcool fazia sentir-se bem e era encarado como algo positivo	<p>“A percepção que tinha do álcool quando era alcoólica era uma coisa boa para mim e que me fazia sentir bem, quando bebia ficava na boa (...)”</p>
	A sensação quando alcoolizada era de beber mais e perda de controlo	<p>“Quanto mais bebia, melhor me fazia, chegava a fazer cenas completamente estúpidas (...)”</p>
	Álcool como conforto e refúgio	<p>“Eu meti-me no álcool porque talvez este fosse um meio para tentar encontrar algum conforto e apoio psicológico, eu sempre fui muito deprimida e fraca psicologicamente (...)”</p>
	Álcool como meio de resolução e alienação face aos problemas	<p>“(...) o álcool era um meio para me apoiar perante o que muitas vezes acontece de mal na nossa vida. Pensava muitas vezes que bebendo, talvez os problemas passassem, a vários níveis, quer financeiros, psicológicos.”</p>
Esquecer tudo		<p>“Quando bebia servia para esquecer tudo.”</p>

Categoria – Viver com o alcoolismo

Sub-Categoria – Dia-a-dia de consumo e percepção individual relativamente à doença

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Dia todo passado a consumir	“Mal acordava era uma garrafa de vinho e do que me dizem era isto o dia todo.”
	Sentimento de vergonha face aos seus actos	“E era tudo em seguida, até começar a fazer figuras estúpidas e das quais agora me envergonho.”
	Alimentação descuidada	“Nem sei se me alimentava, só sei que bebia e muito (...)”
	O consumo era feito maioritariamente em casa, era onde se sentia melhor	“(...) e era sempre em casa, porque era o sítio onde me sentia mais à vontade, porque era o meu sítio privado, era meu e lá podia fazer o que quisesse.”
Adormecia completamente bêbeda		“Desde que acordava até me deitar era só álcool, era só beber, até ter sono e até me deitar. Adormecia completamente bêbeda. ”
	Memórias difusas dos seus actos	“Enquanto alcoólica, o que é muito difícil responder, e agora neste momento, o meu filho é que me conta porque há muita coisa que não me lembro.”
Sentia bem		“Eu ,de facto, só me lembro que me sentia bem quando bebia, mais não posso dizer, e

		que fazia figuras ridículas, segundo o que diz o meu filho.”
--	--	--------------------------------------------------------------

Categoria – Viver com o alcoolismo**Sub-Categoria** – Percepção dos familiares face à doente e relação com os mesmos

Unidade de Análise		
Registo		
Formal	Semântica	
	<p>Infância com imagem do pai bebedor e má reacção quando soube que a filha bebia</p> <p>Irmã dava dinheiro para consumo</p> <p>Filho afastava-se</p> <p>Afastamento dos familiares</p> <p>Melhor relacionamento com a irmã</p>	<p>“O meu pai, sobretudo, não reagiu muito bem quando se apercebeu que eu bebia demais e dizia muitas vezes que beber era para homens, quando era pequena o meu pai bebia demasiado, mas mais tarde deixou sem mais nem menos (...)”</p> <p>“(...) eu tenho uma irmã e costumava ir para casa dela e virava-me para ela e dizia: Oh T. quero álcool e ela dava-me 500 escudos para comprar uma garrafa e era assim que bebia, também.”</p> <p>“Quando eu estava bêbeda o meu filho tentava sempre não estar comigo por causa das cenas ridículas que eu muitas vezes fazia e também dizia.”</p> <p>“Eu não tinha grande relacionamento com os meus familiares mas quando comecei a beber tentei-me afastar.”</p> <p>“Era mais com a minha irmã que me dava bem, mas até dela tentei fugir um pouco, tinha vergonha. “</p>

	<p>Refúgio do filho num familiar evitavam estar juntos quando alcoolizada</p>	<p>“A relação com o meu filho, quando eu bebia ficava mais afastada, ele tentava sempre não me ver naquele estado, tentava não estar comigo e ia para a madrinha.”</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Categoria – Viver com o alcoolismo**Sub-Categoria** – Discriminação e estratégias para a contornar

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Há sempre discriminação com pessoas que bebem	Doente é que se afastava	<p>“Quando se fala em discriminação mesmo não consigo especificar porque eu é que me tentava afastar das pessoas.”</p> <p>“Mas de facto, houve e há sempre discriminação com pessoas que bebem, como eu fazia. “</p>
	Família não a queria bêbeda junto a eles	<p>“A minha família, como não sou assim de uma família abastada, e muitos da minha família diziam: ela bêbeda não vem para aqui, obviamente assim sentia discriminação total.”</p>
	Pai não admitia filha alcoólica	<p>“Mas sentia mais do meu pai porque ele achava que era mau beber, mas uma mulher beber ainda pior, deixou de me falar.”</p>
	Discriminação na rua	<p>“Muitas vezes, quando andava na rua e bêbeda, aí sim sentia-me discriminada e todos me olhavam de lado, por isso mesmo preferia beber em casa e sozinha, porque assim ninguém me via e julgava.”</p>
	Beber mais para não sentir discriminação na rua	<p>“Eu para contornar a discriminação que sentia bebia ainda mais, assim a discriminação que sentia dava-me para beber e estava-me nas tintas para os outros.”</p>

	<p>Com a família bebia mais para não se importar com o que diziam ou pensavam</p>	<p>“E mesmo com a família era igual, estava-me completamente nas tintas, pois na verdade ao beber em excesso não estava em mim.”</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Categoria – Viver com o alcoolismo**Sub-Categoria** – Dificuldades em lidar com a realidade

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Álcool fazia parte da doente, era uma fuga	“O álcool para mim era um refúgio, era talvez para mim uma coisa que tivesse ligado a tudo, que tivesse comigo, que fizesse parte de mim, era o meu companheiro e a minha companhia.”
	Com o álcool ficava mais positiva	“E sentia-me lindamente quando estava alcoolizada, passavam-me os pensamentos maus e muitas vezes quando bebia não ficava deprimida, como quando não bebia.”
	Depressão na origem do alcoolismo	“Antes de beber eu tive uma grande depressão por isso também comecei a beber.”

**Anexo 5 – Matriz Conceptual referente à Unidade 4 do
Guião de Entrevista**

Categoria – Viver em transição**Sub-Categoria** – Quando e como resolve deixar de consumir e razões para a mudança

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Há muitos anos		<p>“Especificamente não sei quando resolvi deixar de beber, mas sei que foi há muitos anos, sei que já lá vão alguns anos. O meu filho neste momento tem 16 anos e ele era pequenito, portanto já lá vão uns anos.”</p>
	Pensamento no filho	<p>“Pensei para mim própria, o meu filho é muito pequenino precisa de mim, ando a fazer uma figura ridícula comigo e para ele e pensei a partir deste momento ponto final.”</p>
	Conclusão que o álcool não era resolução para nada	<p>“Eu queria o meu filho para mim e eu cheguei à conclusão que a figura que andava a fazer era completamente ridícula e que o álcool não me resolvia nada (...)”</p>
	Alterações no seu funcionamento psíquico, físico...	<p>“(…) tirava-me tudo aquilo que eu queria, alterava a minha personalidade, a minha maneira de ser, a minha maneira de estar integrada na sociedade e até fisicamente, com o meu corpo senti mudanças muitas vezes não tinha menstruação.”</p>

Categoria – Viver em transição

Sub-Categoria – *Click* para a mudança

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Levar a minha vida com normalidade	Sentimento de negatividade face ao álcool e que de facto não acalmava a depressão e a “alimentava” mais	<p>“O aspecto mais importante foi de facto querer levar a minha vida com normalidade (...)”</p> <p>(...) acho que o álcool não leva uma pessoa lado nenhum por mais que eu pensasse que me ajudava quando estava mais em baixo e até deprimida, agora sei que não, porque depois de beber e estar sóbria fica-se pior do que o que se estava.”</p>

**Anexo 6 – Matriz Conceptual referente à Unidade 5 do
Guião de Entrevista**

Categoria – Viver sem consumo**Sub-Categoria** – Vida presente e relação com o álcool

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Vida normal		“A minha vida agora é uma vida normal , sem álcool ficou uma vida normal.”
Melhor forma possível		“Tento encará-la da melhor forma possível (...)”
	Não pode estar sem consultas psiquiátricas por medo do que possa fazer	“(...) tenho que ter acompanhamento a nível psiquiátrico e tenho que andar, porque senão acho que já tinha feito das minhas ou então já não estava cá.”
	Integração no seu meio	“(...) tento sempre arranjar maneira de estar integrada da melhor maneira possível e tento sempre encarar as coisas da melhor maneira possível.”
	Não se quer afastar do pai mesmo depois do que aconteceu entre eles	” (...) também tento sempre ter contacto com o meu pai, apesar de nunca termos tido uma relação muito forte (...)”
	Apoio da Assistente Social é essencial	“(...) e com a Assistente Social, devido aos problemas económicos que tenho, eu estou sempre à espera que alguém me ajude. (...)”
Preciso de ajuda económica e psicológica		“Espero sempre com ansiedade pelo dia de amanhã porque preciso de ajuda económica e

<p>Nem sequer penso em álcool</p>	<p>Chama atenção se vê alguém na sua anterior situação</p>	<p>psicológica.”</p> <p>“Eu nem sequer penso em álcool, eu quero lá saber, as más recordações esqueci-as e “boa noite”.”</p> <p>“ E quando vejo alguém bêbedo e conheço sou capaz de chamar atenção e fazer ver que a pessoa está errada apesar de saber que não ouvem nada quando estão bêbedos, porque eu fazia o mesmo, não ligava nenhuma.”</p>
-----------------------------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Categoria – Viver sem consumo**Sub-Categoria** –Dificuldades até alcançar o objectivo

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Não foi difícil	<p>Devido aos problemas de longos anos de consumo também ajudaram a parar</p> <p>Teve uma recaída</p> <p>Apesar de não ter sido muito difícil só se tornou mais fácil pela vontade da doente</p>	<p>“Não foi difícil deixar de beber, pensei até que me fosse custar mais, mas também já vai da força de vontade de cada um (...)”</p> <p>“(...) eu já estava cansada e muito debilitada psíquica e fisicamente, o meu fígado quase que não funcionava.”</p> <p>“Apesar de ter recaído uma vez durante o tratamento consegui.”</p> <p>“Mas obviamente que não foi fácil, mas como me sentia irritada por um dia ter começado a beber e ter gostado, com ajuda do meu filho acabou por não ser tão difícil.”</p>

Categoria – Viver sem consumo

Sub-Categoria – Ajuda(s) relevante(s)

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Apoio do meu filho		“(…) primeiro o apoio do meu filho e o olhar para o meu filho e querer estar com ele, porque eu era tudo que ele tinha (…)”
Apoio social		“(…) depois o apoio social (…)”
	Pessoal do Centro Regional de Alcoologia do Norte	“(…) os técnicos do centro de alcoologia e médicos (…)”

Categoria – Viver sem consumo**Sub-Categoria** – Hoje como se vê

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Hoje vejo-me uma pessoa mais feliz		“ Hoje vejo-me uma pessoa mais feliz do que o que era, comparando claro com o tempo em que bebia e no aspecto de ser uma pessoa sem vícios.”
	Convívios hoje em dia são sem consumo e sem vontade de consumir	“ Sei que se for a uma festa ou qualquer coisa do género, não toco em álcool, mesmo quando me oferecem, agora é sempre água ou sumos, brindes e tudo.”
	Filho como “peça” fundamental para o tratamento	“Hoje em dia vivo pelo meu filho e para ele porque é a pessoa mais importante da minha vida, sempre foi e por no passado eu ter estado um pouco ausente agora não estou e ele está acima de tudo.”

Categoria – Viver sem consumo**Sub-Categoria** – Marcas positivas e negativas

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
O álcool marcou-me muito, negativamente a nível social, psicológico e físico		“ O álcool marcou-me muito, negativamente a nível social, psicológico e físico (...) ”
	Apesar de muito novo o apoio do filho foi fundamental	“(…) a marca mais positiva foi a força do meu filho que sempre me auxiliou mesmo em tenra idade ele via que era mau e dizia e assim foi ele que me deu o maior incentivo. “
Doenças		“As marcas negativas que noto mais agora são as doenças que tenho (...)”
Rótulo de doente alcoólica		“(…) só o facto de ter consumido já é negativo, mas ficar com o rótulo de doente alcoólica também é mau(…)”
	Consequências de excessos de uma vida foram maus	“(…) assim as consequências dos meus excessos com o álcool e a droga na minha saúde foram terríveis.”
	Objectivo final como o mais gratificante	“Eu tento nem pensar nas marcas negativas, porque o que importa mesmo é ter conseguido deixar estes dois vícios.”

Categoria – Viver sem consumo**Sub-Categoria** – Contributo aos outros

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Não quero partilhar		“Vou ser muito específica eu não quero partilhar com ninguém o que se passou comigo (...)”
Vergonha		“(...) porque sinto vergonha , sempre senti vergonha de beber em frente aos outros.”
	Cada uma deve por si tentar	“ Os outros são maiores de idade que pensem como pensei e conseguem. Que deixem porque há sempre pessoas que os podem ajudar e que tenham força de vontade, porque eu também tive.”
	As pessoas devem ter força de vontade e pedir ajuda para conseguirem contornar a doença	“Mesmo quando me drogava fechei-me 15 dias em casa sozinha e sofri muito para deixar, mas consegui. Com o álcool também sofri para deixar mas com ajuda médica consegui.”
	Não quer partilhar, mas considera que até não seria negativo fazê-lo, mas não se quer lembrar dos maus momentos	“Se calhar até me fazia bem abrir-me e falar sobre o meu problema e também se os outros ouvissem a minha história podiam-se identificar e tentar fazer igual e tentarem, porque é importante ter força, mas prefiro não o fazer porque não me sinto bem a falar deste problema, quero mesmo esquecer.”

Categoria – Viver sem consumo**Sub-Categoria** – Fase de tratamento e seus aspectos positivos e negativos

Unidade de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
Foi um pouco dolorosa a fase inicial	Medicação como fundamental no tratamento	“A medicação para mim é fundamental, tento cumprir a terapêutica à risca porque senão nem sei o que me pode acontecer.”
	Depressão não só associada ao beber mas também anterior acidente de aviação	“Fundamentalmente, para a epilepsia e depressão. A minha depressão não está só relacionada com o beber mas também com antecedentes de um acidente de viação que me provocou graves perturbações mentais e por isto necessito de medicação.”
	Vida com hábitos reaprendidos	“(…) tive que começar a criar hábitos que não tinha, tive que começar a viver, porque eu a vida que tinha não era vida, estava o dia todo fechada em casa e só bebia.”
	Auxilio nos médicos e técnicos para a “nova vida”	“Tive que aprender muitas coisas que já estavam apagadas e esquecidas e a ajuda dos médicos e técnicos foi muito importante. Agora já estou habituada a fazer tudo outra vez e vir com regularidade aos médicos, porque tenho que andar sempre nas consultas, porque

<p>Tratamento em si, o apoio psicológico</p>	<p>Quando por livre e espontânea vontade parou o tratamento foi negativo, porque ficou sem apoio médico e social</p>	<p>sei lá o que pode acontecer se não vier.”</p> <p>“Os aspectos positivos do tratamento foram o tratamento em si, o apoio psicológico que sempre precisei e que só tive quando vim para o centro de alcoologia, o assistente social aqui do centro, os técnicos, eu de facto vim para aqui muito debilitada a nível psicológico.”</p> <p>“Em relação aos aspectos negativos eu julgo que foi quando parei o tratamento e não o devia ter feito porque me senti mesmo mal sem tomar medicação e isto levou à recaída, a falta de acompanhamento médico e social quando resolvi fazer as coisas por mim.”</p>
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

