Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia

Ivanira de Souza Araujo

Alcoolismo como processo: da identidade construída à (des) construção da pessoa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof. Drª Heloísa Helena T. Souza Martins

São Paulo
2007

Índice

Agradecimentos..... 03

Resumo..... 04

Abstract..... 05

Apresentação..... 06

1. Capítulo 1 –Em busca da definição do alcoolismo..... 13
1.1 Consumo abusivo: limites legais..... 13
1.2 Definição fisio-genética da dependênciae tratamento..... 14
1.3 Discussão bio-sociológica..... 16
1.3.1 Alcoolismo:seqüelas bio-sociais definem o problema..... 17
1.4 A identidade como produto da socialização..... 40
1.5 Da identidade construída..... 46
1.6 Da (des)construção pessoal..... 52

2. Capítulo 2 – O campo..... 55
2.1 Análise dos Grupos..... 58
2.2 Alcoólicos Anônimos / AA – espaço para todos e para qualquer um (a)..... 64
2.3 Análise dos questionários..... 65
2.4 Dados do questionário aplicado aos membros de AA..... 72

3. Capítulo 3 – A trajetória de alcoolização..... 80
3.1 Descrição e análise das entrevistas..... 81
3.1.1 As etapas..... 81
3.1.2 Fase preliminar..... 83
3.1.3 Fase inicial..... 87
3.1.4 Desenvolvimento..... 93
3.1.5 Auge do alcoolismo..... 101
3.1.6 Recuperação..... 108
3.1.7 Conclusão..... 115

Anexos..... 123

Bibliografia..... 133

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, pela saúde, e por todas as outras condições para a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Heloísa Helena T. de Souza Martins pela amizade, apoio, carinho, confiança, dedicação, gentileza e paciência. A pessoa que mais acreditou em mim durante todos os momentos, em especial naqueles em que mais fraquejei.

À Capes e ao CNPQ, que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Às professoras Maria Helena Oliva Augusto e Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro, que participaram do meu exame de qualificação e da banca de Mestrado, meus agradecimentos por suas contribuições preciosas para a execução deste trabalho.

Às secretárias do departamento de Sociologia, Ângela, Irani e Juliana, e ao pessoal do Serviço de Pós Graduação de Sociologia, pela atenção e dedicação que tornaram possíveis todas as nossas atividades. E também aos funcionários da biblioteca da FFLCH.

Aos freqüentadores de AA, este trabalho é uma construção coletiva e só foi possível graças a participação de todos com os quais, em maior ou menor medida, tive contato nas salas de AA.

À minha mãe exemplo de dignidade e firmeza, a quem eu devo a pessoa que sou hoje. À minha irmã Ozana, cujo apoio, carinho e dedicação, jamais esquecerei. Ao meu sobrinho Robson pelas dicas em informática.

Ao colega Wilson, companheiro desde a graduação pelo auxílio e incentivo fundamental. Ao amigo Clayton, o mais inteligente e o mais humilde colega da Sociologia. Às colegas de mestrado Carla, Tatiana, Sara, Janaína e Bárbara pelas trocas de experiências e auxílio mútuo, e a toda a minha turma da pós-graduação. À amiga Kátia da pedagogia e aos amigos com quem convivi no CRUSP.

Aos colegas do DASCID de São Caetano do Sul pelo apoio na reta final.

Resumo

O tema desta dissertação é o impacto do alcoolismo nas relações sociais, em especial, na família e no trabalho. No mundo existem 500 milhões de dependentes, 10 a 15% da população têm propensão à dependência. O consumo de álcool e outras drogas em ambiente de trabalho atinge 10 a 14% dos trabalhadores, eleva os atendimentos médicos e diminui a produtividade.

O trabalho tem como ponto de partida a freqüência a reuniões de Alcoólicos Anônimos (AA) em regiões centrais e periféricas da cidade de São Paulo.

A análise teórica é baseada nos conceitos de identidade e socialização. Segundo Habermas (1983) a identidade é gerada pela socialização, isto é, pela integração do sujeito ao sistema social, por meio da apropriação dos universais simbólicos. Contudo, em fase posterior, ela é garantida e desenvolvida pela individualização, ou seja, pela independência em relação aos sistemas sociais.

O álcool, em princípio, exerce a função de "modelador social", favorecendo o relacionamento social, mas, a partir do avanço do processo de alcoolização, domina e destrói o cotidiano pessoal. Conforme avança o processo de alcoolização, maior o prejuízo das relações sociais.

Conclui-se que o discurso médico influencia o AA e seus freqüentadores. Existem importantes diferenças entre os membros de AA, tais como, o período de desenvolvimento da dependência alcoólica, os tipos de profissão e os níveis educacionais e de rendimento.

Palavras-chave: Alcoolismo - relações sociais - identidade - socialização

Abstract

This research presents an investigation on the impact of alcoholism in social relations, mainly in family and work ones. There are 500 million alcohol addicts in the world and 10 to 15% of the population is likely to be dependent one day. The consumption of alcohol and other drugs in work environments has impact on 10 to 14% of workers, which increases hospital assistance and decreases work productivity.

The analysis in this investigation starts from AA meetings' attendance in downtown and surrounding areas in São Paulo city.

The theoretical analysis is underpinned by the concepts of identity and socialization. According to Habermas (1983), identity is created by socialization; i.e, by the acquisition of symbolic universals. However, later on, it is sustained and developed by the process of individualization; i.e., by getting independent in relation to social systems.

At the beginning, alcohol has the function of social "modeler" and it favors social relationship. However, as the process of addiction advances, it dominates and destroys everyday life.

As a conclusion, medical discourse influences AA and its participants. There are important differences among AA members, such as, development period of alcohol dependence, kind of occupation, educational and income levels.

Key words: alcoholism – social relations – identity - socialization

Apresentação

O impacto social do alcoolismo

O objetivo desta pesquisa foi determinar o impacto do alcoolismo nas relações pessoais e sociais, em especial as familiares e de trabalho. A análise dos estudos sobre alcoolismo demonstrou que a maioria das pesquisas realizadas teve como objeto empírico indivíduos pertencentes às camadas sociais inferiores da sociedade, este estudo, entretanto, comparou indivíduos de origem sócio-econômica diferenciada e reconstruiu sua "trajetória de alcoolização", ou seja, o trajeto percorrido em direção à dependência alcoólica, a partir de suas falas.

Alguns dados fornecem a dimensão do problema que constituiu nosso objeto de pesquisa.

Conforme Vieira & Velloso (2002) existem 500 milhões de dependentes de álcool no mundo, 10 a 15% da população têm propensão à dependência. O Brasil apresenta mais de cinco milhões de dependentes, o consumo de bebidas alcoólicas é o principal fator de redução da nossa expectativa de vida. Atualmente, um terço dos estudantes declara sua iniciação à bebida entre os 10 e 12 anos, na década passada a média de iniciação era 14 anos.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Cebrid detectou que apenas 0,9% dos estudantes de escolas públicas, das dez principais capitais brasileiras, têm acesso dificultado à compra de bebidas e que 34% dos alunos entre 10 e 18 anos consumiram álcool pela primeira vez em sua residência, sendo o mesmo oferecido pelos pais. (Vieira & Velloso, 2002)

No entanto, a iniciação à bebida ocorria num período anterior à adolescência, o consumo se dava de modo ignorado e indireto. O Biotônico Fontoura®[1] utilizado por gerações como estimulante do apetite, apresentava um teor alcoólico de 9,5%, enquanto o teor alcoólico da cerveja Bavária é de 4,3%; da cerveja Skol 4,7%; da Sidra Cereser 6%, do vinho 10,7% (Sales, 2003). Deste modo, um fortificante do apetite, prescrito para crianças, apresentava um teor alcoólico duas vezes maior que a bebida rotineiramente consumida pelos adultos. Os pais realizavam a iniciação alcoólica dos filhos de forma ignorada e indireta.

No primeiro levantamento domiciliar sobre o abuso de drogas no Estado de São Paulo, o Cebrid detectou 6,6% de dependentes de álcool, dos quais 10,9% homens e 2,5% mulheres, sendo que os percentuais mais elevados de dependência situavam-se nas faixas etárias de 18 aos 24 anos (11,2%) e de 25 aos 34 (7,7%) (Galduróz, 2004).

A Universidade Federal de São Paulo escolheu Paulínia, na Região Metropolitana de Campinas, para sede de um projeto piloto sobre alcoolismo na juventude. Pesquisou a relação entre a bebida e ocorrências no pronto-socorro da cidade. Dos 126 habitantes socorridos no Pronto Socorro local durante os finais de semana no mês da pesquisa e que se envolveram em acidentes de trânsito, quedas ou brigas, 100% estavam alcoolizados. Pelo menos 39 mil brasileiros morrem anualmente no trânsito e, desse total, entre 50% e 70% são vítimas do consumo excessivo de bebidas (Guazzelli, 2004).

Para Soares (2006) o consumo exagerado de álcool na adolescência afeta o cérebro nas funções relativas ao aprendizado e à memória. A região afetada é o hipocampo, parte do sistema límbico, responsável pela navegação espacial e pela memória.

[1] O Projeto de Lei nº 891 de 1999 previa a retirada do álcool da composição de fortificante. Hoje, o produto não apresenta álcool na composição, observamos o rótulo dos mesmos nas drogarias.

O adolescente consumidor abusivo de álcool apresenta o hipocampo com volume reduzido e o corpo caloso anormal. Para o sexo masculino a densidade mineral óssea e os níveis de testosterona são reduzidos. Os níveis de estrógeno baixam para o sexo feminino e as taxas de hormônios do crescimento diminuem em ambos os casos, conforme Soares, 2006.

Comparado ao cérebro ao de uma pessoa saudável, o de um alcoólatra apresenta atrofia, pois os neurônios são, progressivamente, destruídos, o fato pode ser observado pela dilatação dos ventrículos, pelo estreitamento do corpo caloso (a principal conexão entre os dois hemisférios) e pela redução do hipocampo (região da memória).

Entre os adultos com contato inicial com o álcool anterior aos 14 anos de idade, 47% tornaram-se dependentes, já entre aqueles com consumo iniciado aos 21 anos o percentual de dependência foi de 9%. Conforme Soares (2006) Portanto, a propensão de desenvolvimento do alcoolismo foi cinco vezes maior entre os jovens com consumo alcoólico precoce.

Portanto, observou-se que a iniciação ao álcool ocorre cada vez mais cedo. Nos EUA na década de 1960 ela ocorria entre os 17 e 18 anos, hoje aos 14 anos. No Brasil nos anos 90 ela ocorria aos 14 anos, hoje aos 12 anos e meio. Beber de modo abusivo é um hábito dos jovens que não se restringe apenas aos finais de semana.

No Brasil, 50% dos acidentes automobilísticos fatais estão ligados ao consumo de álcool entre jovens de 18 a 25 anos, para Soares (2006), entretanto, o Código Nacional de Trânsito não considera beber e dirigir um crime, mas sim, uma infração.

Os dados de Buchalla (2007) também afirmam que o adolescente é mais vulnerável, em relação ao adulto, ao uso abusivo de substâncias químicas, pois durante a adolescência o

córtex pré-frontal, associado à tomada de decisões e responsável pelo controle dos desejos e emoções, está em maturação. Portanto, o desenvolvimento cerebral é prejudicado.

Conforme Guazelli (2004) o consumo de álcool e drogas em ambiente de trabalho atinge entre 10% e 14% dos trabalhadores da ativa, provoca elevados gastos em tratamentos médicos e perda de produtividade. O custo anual para o Brasil é de 7,9% do Produto Interno Bruto. O Sistema Único de Saúde (SUS) em 1997 gastou R$ 50 milhões em internações de alcoólatras. (Sales, 2003).

Para Guazelli (2004) desde 1999 houve um aumento de 45% dos alcoólatras e viciados em cocaína ou outras drogas ilícitas, a maioria, 80% dos dependentes químicos, é encontrada nas linhas de produção e nos postos de trabalho formal.

Buchalla (2007) informa o estudo sobre drogas, publicado na revista inglesa *The Lancet*. O uso das substâncias foi avaliado a partir de critérios como danos ao organismo, indução da dependência e impacto na vida social. Heroína e cocaína, colocadas em primeiro lugar, apresentaram o maior nível de dano ao indivíduo; os barbitúricos, na segunda posição e produzem a maior escala de dano geral ao organismo. O álcool, quarto colocado na pesquisa, apareceu como a droga cujo uso excessivo conduz ao maior impacto negativo na vida social. Portanto, o álcool não ocasionou o maior dano ao organismo, ao nível da heroína ou da cocaína, contudo acarretou o maior impacto na vida individual. O prejuízo social da dependência alcoólica, visualizado pelos dados relativos aos acidentes de trânsito, ao consumo entre trabalhadores na ativa que ocasiona perdas de produtividade e aumento de gastos com tratamentos médicos e a escassez de estudos sociológicos sobre o tema, motivaram a realização desta pesquisa

O recorte do universo empírico de pesquisa

As salas de Alcoólicos Anônimos (AA) foram escolhidas para local desta pesquisa porque seus freqüentadores admitem sua condição de dependentes de álcool.

Houve sugestões de colegas para busca dos entrevistados em outros locais, um bar, por exemplo. É provável que em um bar eu não tivesse dificuldades para abordar as pessoas, contudo, existiriam dois problemas: como identificar, apenas pela observação, os alcoólicos e comprovar a dependência[2]? Feita essa comprovação, a pessoa aceitaria a condição de dependência e participaria da pesquisa?

O trabalho de campo exigiria um tempo muito maior e de qualquer forma os relatos não teriam necessariamente o nível de comprovação de casos de alcoolismo obtido nos grupos de AA. O total de questionários preenchidos e das entrevistas realizadas é formado, portanto por dependentes de álcool em busca da recuperação por meio do método de AA.

Contudo, dificuldades com os sujeitos da pesquisa estiveram presente, devido, em especial, às diferenças sócio-econômicas. Quanto mais elevado o nível sócio-econômico do candidato à entrevista, maiores as barreiras para a realização da mesma.

Muitos respondentes do questionário, pertencentes a níveis econômicos privilegiados, não concordaram com a realização de entrevistas; outros devido às exigências de trabalho, não disponibilizaram o tempo necessário para a conversa.

A presença de mulheres nas salas de AA é bastante reduzida, no entanto conseguimos quatro entrevistadas. Os jovens formam outra pequena parcela dos

[2] O questionário CAGE poderia comprovar a dependência nesta situação, contudo, a comprovação da dependência não implica em sua aceitação. Os grupos de AA são formados por pessoas que aceitam sua condição de dependentes.

freqüentadores de AA, mas foi possível entrevistar um adolescente de 19 anos e um jovem de 29. Galduroz (2004); Sales (2003); Vianna & Monteiro (1991) e Andrade *et al* (1990) apontam o aumento do número de mulheres dependentes e uma iniciação ao consumo de bebida alcoólica cada vez mais cedo. As diferenças entre homens e mulheres, jovens e adultos, ocasionam um desenvolvimento do alcoolismo diferenciado conforme o gênero e a faixa etária. É preciso lembrar que mulheres e jovens não constituíram um alvo específico desta pesquisa. Mas, diante do quadro observado, é necessário que futuras pesquisas, em especial qualitativas, focalizem esses grupos.

Dessa forma, o acesso ao universo de dependentes de álcool foi parcialmente resolvido nas salas de AA. Em nossas visitas aos grupos, constatamos que seu público predominante é formado por homens acima dos 40 anos de idade. Portanto, a procura das salas de AA, parece ocorrer em faixa etária avançada e é visível a predominância masculina.

A estratégia inicial de pesquisa, que previa a aplicação de questionários e entre os respondentes selecionar os entrevistados, foi modificada ao longo do trabalho. Algumas pessoas entrevistadas sugeriram outras, de maneira que esse “efeito cascata” permitiu a realização da entrevista com a freqüentadora do grupo Jardins e com o adolescente.

Como já dissemos anteriormente, o objetivo da pesquisa foi apontar as conseqüências do alcoolismo nas relações sociais dos freqüentadores do AA. Apesar de considerarmos uma pequena parcela desses indivíduos, conseguimos produzir um quadro sobre o alcoolismo a partir das experiências daqueles que o vivenciam e demarcamos suas diferenças sócio-econômicas.

O primeiro capítulo desta dissertação procura apresentar o alcoolismo em seus termos médicos, legais e sociológicos; no segundo capítulo analisamos o resultado dos

questionários e no terceiro apresentamos o ponto de vista dos dependentes a respeito de sua trajetória de alcoolização.

Capítulo 1

Em busca da definição do alcoolismo

1.1 Consumo abusivo: limites legais

Toda discussão sobre alcoolismo exige a definição dos limites aceitáveis de consumo, do popularmente conhecido “beber social”, em uma palavra, o beber que não prejudica outras atividades cotidianas, como dirigir, por exemplo .

Enquanto nos EUA o teor alcoólico de 0,8 g/l no sangue dos motoristas já é considerado um crime, no Brasil a concentração de 0,6 g/l de álcool é considerada apenas como transgressão. Vejamos o tratamento legal diferenciado destinado ao crime e à infração:

> Crime, derivado do latim *crimen* (acusação, queixa, agravo, injúria). Ato ou ação que não se mostra abstração jurídica, mas ação ou omissão pessoal, (...) tecnicamente, diz-se o *fato* proibido por lei, sob ameaça de uma pena instituída em benefício da coletividade e segurança social do Estado.
> Infração, do latim *infractio*, de *infringere* (quebrar, infringir, designa o *fato* que viole ou infrinja a disposição de lei, onde há cominação de pena.
> Cominação, derivada do latim *comminatio*, de *comminari*, tem o sentido de ameaçar energicamente, indica a ameaça legal de uma pena ou de uma prescrição, pelo não-cumprimento de uma obrigação contratual ou de uma imposição legal; mesmo sentido de sanção (Silva, De Plácido, 1994).

Entretanto, os sentidos dos motoristas são afetados em níveis menores de álcool no organismo: 0,2 g/l afeta a capacidade de escolha; 0,3 g/l, o tempo de reação (por exemplo, quando o sinal fecha); 0,4 g/l, a estabilidade na pista, a atenção e coordenação de novos movimentos e aos 0,8 g/l, são prejudicadas a concentração, o controle da velocidade, a capacidade de dirigir em sua faixa de rolamento, troca de marchas, etc. (Soares, 2006).

O padrão internacional considera o uso nocivo semanal para adultos como sendo de 21 doses para homens e de 14 doses para mulheres. Uma dose equivale a uma taça de vinho, uma lata de cerveja ou dois dedos de uísque. Entretanto, os jovens, devido às suas

transformações físicas e mentais, são mais sensíveis ao padrão de uso adulto (Soares, 2006).

Portanto, o termo uso nocivo refere-se ao uso prejudicial à saúde, acima do qual o organismo não pode eliminar a toxidade do álcool, seus efeitos entorpecem os sentidos e interferem nas atividades habituais. Uso abusivo, uso excessivo, uso nocivo e uso problemático são sinônimos nesta discussão.

1. 2 Definição fisio-genética da dependência e tratamento

Buchalla (2007) relata que o uso nocivo pode estar acompanhado de sintomas de dependência e de tolerância. A dependência em relação ao álcool e a qualquer outra droga está geneticamente relacionada à ação da dopamina no cérebro. Essa substância, produzida pelo neurotransmissor GABA, é responsável pela sensação de prazer. O seu mau funcionamento provoca um descompasso na sensação de prazer individual e uma maior propensão à dependência. Baseadas nos estudos sobre a ação da dopamina, as pesquisas para o tratamento de álcool prometem em curto prazo um medicamento para agir sobre o neurotransmissor GABA, fazendo-o produzir uma substância capaz de interromper a compulsão.

A dependência não está apenas associada ao sistema cerebral de recompensa e prazer (impulso), ativado em especial pela dopamina. Os efeitos das drogas se estendem ao córtex pré-frontal, região associada aos riscos e benefícios, na qual se concentram as tomada de decisão. É um distúrbio cerebral que altera os circuitos de recompensa e prazer, tomada de decisões, controle inibitório e aprendizado. Em grande parte, é fruto da propensão genética, a qual estabelece o tipo de dependência e sua intensidade. Estima-se que fatores genéticos correspondam de 40 a 60% da vulnerabilidade individual. Existe um

gene associado à síntese da enzima monoaminoxidase A, uma das substâncias responsáveis pelo equilíbrio da dopamina no cérebro e o indivíduo, cujo funcionamento dessa enzima é inadequado, sente maior prazer ao utilizar a droga (Buchalla, 2007).

Para a OMS, o Padrão Problemático de Consumo é determinado pela freqüência e desejo incontrolável de uso; problemas de saúde e sociais; falta de cumprimento de deveres, manifestação de preocupação amigos ou parentes no tocante ao uso (Buchalla, 2007).

O atual tratamento químico da dependência de álcool utiliza:

- Acamprosato: ameniza as sensações desagradáveis decorrentes da abstinência da droga. O índice de sucesso do tratamento é de 20 a 60%, em período de seis meses;
- Naltrexona: bloqueia os efeitos associados ao prazer de beber, portanto, reduz a compulsão. Índice de sucesso, 20 a 60% (6 meses);
- Anticonvulsivante: aumenta a atividade do neurotransmissor GABA, auxilia no tratamento da compulsão e dos sintomas da abstinência. Índice de eficácia não estabelecido;
- Ondansetrona: reduz a sensação de prazer proporcionada pelo álcool. Mostra-se mais eficaz entre pacientes de consumo inicial precoce.
- Dissulfram: lançado na década de 40, provoca náuseas, enjôo e dor de cabeça quando o indivíduo consome álcool. Apenas 20% adere ao tratamento, por isso a dificuldade em determinar a eficácia.

O medicamento Prometa está em fase avançada de testes clínicos, é indicado para tratamento de dependência da cocaína, álcool e metanfetamina (ex.: ecstasy).

A combinação do tratamento químico com terapias psicológicas aumenta seu índice de sucesso. A média internacional de recuperação de alcoólatras é em torno de 20%[3], ao fim de um ano, com o auxílio de uma medicação, esse índice pode alcançar 45%.

Segundo Buchalla (2007), os especialistas afirmam que não existem tratamentos eficazes com menos de noventa dias de duração; exames de neuroimagem mostram que esse é o período de maior propensão a recaídas.

1.3 Discussão bio-sociológica

Este item descreve as definições de alcoolismo nos campos biológico e sociológico. O fenômeno do alcoolismo perpassa áreas médicas e sociais do conhecimento e a maioria desses estudos busca uma aproximação com a sociologia.

Esta pesquisa busca analisar o significado coletivo do alcoolismo, construído pelos dependentes de álcool. Esse discurso será a fonte para a descrição dos valores culturais e das tendências subjetivas que constituem o beber problemático.

Importa ressaltar a escassez de trabalhos sociológicos no estudo do alcoolismo, deste modo tentou-se elaborar uma explicação (capítulo 3) a partir dos conceitos de identidade e socialização. Neste primeiro capítulo revisamos os estudos na área médica: inicialmente cada conjunto de textos é apresentado, em seguida os autores foram agrupados em linhas de pensamento, delimitados pela forma de abordagem do assunto, por fim os dois conjuntos foram comparados, diferenças e semelhanças foram apontadas.

[3] O índice de sucesso das terapias de AA segue a média internacional de recuperação de alcoólatras, por volta de 20% no período de um ano.

1.3.1 Alcoolismo: *seqüelas bio-sociais definem o problema*

Milan (1986) aponta "mitos", presentes nas explicações dos leigos e de estudiosos. Para os primeiros, o abuso do álcool é considerado etapa de desenvolvimento do alcoolismo, desconsiderando a quantidade, freqüência e o impacto de tal abuso nas relações sociais. O aspecto fundamental desta discussão é que o padrão do consumo da bebida (delineado pela quantidade, freqüência e impacto de tal abuso nas relações sociais) seria o causador dos problemas sociais do indivíduo e não o oposto. Ou seja, a noção de que o alcoolismo atingiria determinadas pessoas cuja rede de relações sociais, *a priori*, já estaria debilitada, daí o consumo abusivo e o possível avanço para o alcoolismo.

> "Mas – e, esta é a chave para compreender o alcoolismo – ele já é um alcoólatra quando seu comportamento e estabilidade psicológica começam a deteriorar-se. A doença física já está bem estabelecida na ocasião em que o alcoólatra começa a agir como tal. De fato, a própria moléstia é responsável pela maioria dos problemas do alcoólatra, e, à medida que ela progride, seu comportamento se torna mais bizarro e seus problemas psicológicos mais profundos... Ele beberá mais e com maior freqüência, apesar do fato de o álcool ameaçar seu casamento, carreira e saúde" *(*Milan, 1986: 97-98).

Deste ponto de vista, o alcoolismo, fruto de base fisiológica exclusiva, causa o comportamento desviante e não o inverso. As falhas de caráter e defeitos da personalidade, seriam seus sintomas e não sua causa.

O alcoolismo produz os sujeitos que atacam a maneira como os vínculos são construídos e mantidos, deste modo, o indivíduo seria o porta-voz do negado, do impensado no interior daquele grupo, nos termos de Kaës (2003).

O desejo de corresponder às expectativas pessoais e às dos outros, provoca uma série de atitudes conscientes e inconscientes entre os indivíduos e entre os grupos. Nesta perspectiva, o dependente de álcool rompe uma série de pactos, de alianças conscientes e inconscientes. O anseio de adequar-se ao grupo o empurra para o pólo homomórfico

(tendência à homogeneidade) das relações e o caminho percorrido em direção à dependência o posiciona no pólo isomórfico (tendência à heterogeneidade), da marginalidade, da diferenciação e da (des) construção de seus laços sociais mais amplos.

O mal-estar no mundo moderno compromete a função de intermediação intra e intersubjetiva das alianças inconscientes que fundamentam as relações familiares e as estruturas de autoridade e de poder. As bases de apoio (antes provenientes das instituições) falham e a carência de funções intermediárias cresce (Kaës, 2003).

Segundo Freud (*apud* Kaës, 2003), essa seria a terceira forma de sofrimento humano, o sofrimento social, causado pela insuficiência de nossos métodos para regular as relações dos homens entre si, no seio da família, do Estado ou da Sociedade.

Esse mal-estar, o não cumprimento de funções intermediárias pelas instituições, os pactos denegativos não efetivos, que silenciam demandas importantes (talvez, uma delas seja o direito à diferença), podem estar na origem de problemas como o alcoolismo. Estamos, portanto, no campo do sofrimento social, da dificuldade de regulação das relações dos homens entre si.

A falta de respaldo proveniente das instituições, essas funções intermediárias não mais cumpridas, reflete-se na formação da personalidade dos indivíduos e em suas atitudes em relação ao outro ou em relação ao ato de beber com os outros.

O alcoolismo é reflexo de uma perturbação social profunda com conseqüências pessoais e sociais amplas. O conceito de pacto denegativo auxilia pensar a gênese individual e social do problema, sem desconsiderar seu impacto negativo nas relações sociais. O dependente de álcool pode ser considerado o reivindicador, o porta-voz do negado pelos pactos denegativos, presente nos diversos grupos a que pertence e sua

dependência uma forma de ataque inconsciente às formas como os vínculos sociais são criados e mantidos.

Para Kaës (2003), a identidade é definida a partir do interior dos nossos grupos e também por aquilo que os outros nos reenviam. Existe uma diferença entre a identidade em si definida parcialmente no grupo e a representação enviada do exterior.

A instituição apresenta caráter mortífero ao buscar a uniformização dos indivíduos e das suas atitudes, com o objetivo de produzir a indiferenciação e a homogeneização. Forma e socializa indivíduos; a família, a igreja, o Estado e os grupos educativos colocam o problema da aceitação do outro. Seu objetivo explícito é encarnar o bem comum, aumentando cada vez mais a coesão (sedução recíproca) em seu interior. Trata-se de um conjunto que visa imprimir "sua marca distintiva sobre o corpo, o pensamento e a psique de cada um dos seus membros." (Enriquez, 1991: 59)

> "Se em alguns de seus aspectos a nossa civilização exprime, sob o signo de uma falsa liberação, uma ausência de proibições estruturantes, em outros (...) ela multiplica as proibições e as obrigações carregadas de arbitrariedade. Os indivíduos se vêem presos numa série de normas (e não num sistema de normas apto para garantir aos sujeitos a sua coerência), não hierarquizadas (normas jurídicas, normas de vida historicamente instituídas, normas de grupo que são diferentes de um grupo para outro), que impedem que os indivíduos tenham pontos de apoio, que alicercem a própria vida sobre uma base sólida. (Enriquez, 1991: 64)

Fazemos parte de diversos grupos, representamos diversos papéis de acordo com regras implícitas e explícitas, que podem ser (e na maioria das vezes são) contraditórias, daí a falta de sentido e de base de apoio da identidade, em meio a tantas regras, não mais sabemos quem somos, quais atitudes são aceitas ou não, válidas ou não.

Para Enriquez (1991), a civilização tende, ainda que avance para a diferenciação, a promulgar leis unívocas (uniformizantes), a questionar mais a identidade quando o

indivíduo perde os pontos de referência identificatórios; mais o indivíduo se vê forçado a se uniformizar (trabalhos de luto) e a reorganizar sua personalidade, de acordo com as demandas externas e internas.

Deste modo, os grupos sociais produzem determinadas regras implícitas homogeneizadoras para a construção de seus vínculos. Caso o indivíduo não corresponda ao modelo proposto, é apartado do convívio com os que são considerados normais. O elemento negado em conjunto seria a possibilidade de dependência química que o alcoólico encarna, pois, na tentativa de se adequar ao grupo esbarra na dependência, no extremo da inadequação, ilumina o impensado, o insuportável.

Melman (2000), igualmente, apoiando-se nos aspectos subjetivos da interação, trata o alcoolismo do ponto de vista psicanalítico. Utiliza o conceito “gozo Outro”, isto é, gozo regulado pelo Outro de Lacan (*apud* Melman, 2000).

O alcoolismo é a reivindicação de um gozo infinito. O alcoolista procura a possibilidade do gozo e deseja ser reconhecido e respeitado como sujeito. É alguém que não tem receios, não pára diante de barreiras ou limites, está disposto a ir até o fim na busca do prazer.

Alcoolismo, sociedade industrial e o sistema capitalista estão conectados, pois “...esta dependência vital em relação a um objeto cujo consumo é inevitavelmente crescente, tal como realiza o gozo Outro, é o ideal visado pela sociedade industrial.” (Melman, 2000: 153). Consumir cada vez mais, não se sentir saciado e partir em busca de mais produtos corresponde, assim, ao interesse da indústria de bebidas no crescimento do consumo e dos lucros, além de constituir grande fonte de recursos de arrecadação para os cofres públicos.

Melman (2000) trabalha o alcoolismo, a delinqüência e a toxicomania como sintomas de um mal estar da sociedade em geral. Apesar de considerar o alcoolismo um fenômeno mais social que individual, sua ênfase é em aspectos psicológicos. A definição de alcoolismo está atrelada à definição médica de dependência. Não desenvolve os aspectos relacionais do que um gozo regulado pelo Outro poderia significar, mesmo porque afirma que o "alcoolista" não reconhece o Outro na sua busca sem limites do prazer.

Portanto a construção da identidade se dá durante o processo de socialização, no decorrer da interação, na qual as expectativas do "eu" e as do "outro" determinam o tipo de ação resultante. Desse modo toda conduta social é orientada por duas dimensões, os valores culturais objetivos (ou as expectativas do "outro", expressas na forma de regras ou subentendidas) e as atitudes ou tendências subjetivas (expectativas do "eu"). Esses autores, na análise da interação social, priorizam ora os aspectos objetivos, ora os subjetivos. Acredito que a combinação dos dois elementos determina o ato de beber.

Vaillant (1999) estuda o desenvolvimento e o tratamento do alcoolismo. Além de uma ampla revisão bibliográfica, relata o acompanhamento de 600 homens brancos nascidos entre 1919 e 1932 - 204 da classe média alta, estudantes de uma universidade de elite e 456 jovens menos privilegiados da cidade de Core (nordeste dos EUA) - desde a adolescência até o final da meia idade, no período de 1940 a 1980. Essa pesquisa, que possibilita o contraste entre duas amostras de origem sócio-econômica diferenciada, foi o mais longo estudo sobre desenvolvimento adulto realizado nos Estados Unidos. Os homens foram periodicamente analisados por uma equipe de médicos, fisiologistas, psiquiatras, pesquisadores sociais e de antropólogos físicos.

O alcoolismo atinge 3 a 10% dos norte-americanos, afeta uma em cada três famílias. É responsável por ¼ das mortes por suicídio dos homens entre 20 e 40 anos de idade. Causa

acidentes, homicídios e cirrose hepática. O custo por sua morbidade nos EUA em 1975 foi de 43 bilhões de dólares, maior que a ocasionada por todos os tipos de câncer e todas as espécies de doenças respiratórias juntas. Cerca de 5%, entre 70 e 110 mil mortes anuais podem ser atribuídas ao alcoolismo, é a terceira causa geral de mortes.

Como facilitador do fumar excessivo e da hipertensão exerce efeitos diretos sobre a contratilidade miocardial, justifica o risco elevado de morbidade cardiovascular entre os alcoolistas. O total da mortalidade devido às doenças do coração pode suplantar aquele da cirrose hepática ou do suicídio. Mas, há o outro lado da questão: além de um costume social, nos países industrializados o álcool é uma fonte de empregos. Na França e na Inglaterra emprega 5 a 10% da força de trabalho.

Apesar de reforçar o modelo médico de doença no tocante ao tratamento do alcoolismo, Vaillant (1999) aponta para a necessidade de inclusão do modelo sociológico na sua definição e explicação. Um de seus objetivos é contrastar modelos médicos e modelos sociológicos e verificar sua congruência.

Focaliza o desenvolvimento e não sua gênese. A definição de alcoolismo é baseada nos problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool. Busca identificar o alcoolismo com um *continuum* de conseqüências negativas. Diferencia os eventos anteriores ao estado mórbido, e os fatos posteriores a ele, ou seja, discute particularmente o que o alcoolismo causa e privilegia o enfoque sociológico na construção de uma escala do beber problemático.

Da obra *The Disease Concept of Alcoholism* de Jellinek (*apud* Vaillant, 1999), Vaillant retira o conceito patológico de alcoolismo, entendido não como algo único, mas como reflexo de um conjunto de vários sintomas e comportamentos episódicos, comuns a dependentes e não dependentes. Não existe nenhuma evidência de que o alcoolismo é

causado por hipoglicemia, deficiência de vitamina, rotas metabólicas desordenadas ou "alergia" ao álcool.

Jellinek (*apud* Vaillant, 1999*)* reconhece que o alcoolismo é um problema médico influenciado por fatores sociais e econômicos. Definiu uma tipologia de abuso de álcool: *Alfa*, sintomas médicos e dependência psicológica, mas não física; *Beta*, sintomas médicos, mas não dependência física; *Gama*, sintomas médicos e dependência física; *Delta*, dependência física, mas pouco ou nenhum sintoma e *Epsilon*, episódios agudos de beber.

Pesquisas recentes têm demonstrado que padrões ambientais de abuso de álcool são relativamente irrelevantes como causa do alcoolismo e os padrões culturais são muito importantes. As atitudes em relação à bebida e as práticas socialmente sancionadas, pelas quais a criança aprende a beber, os fatores econômicos e os padrões de legislação têm papel importante no desenvolvimento do alcoolismo.

Do ponto de vista biológico, a resistência individual ao álcool é afetada pela velocidade com a qual o álcool atinge o cérebro; entretanto, fatores sociais como tipo de ocupação (*barman,* diplomatas, desempregados, vendedores, jornalistas – sem supervisão excessiva); hábitos de beber do grupo social, como e quanto se bebe; disponibilidade, limite de idade, horário e locais de venda; custo e instabilidade social exercem uma pressão maior no padrão de consumo alcoólico. Por exemplo, a Lei Seca no EUA foi um fracasso, pois, apenas instituiu a proibição legal, sem nenhum suporte cultural.

Segundo Vaillant (1999), o alcoolismo depende de variáveis sociais, econômicas e culturais. Envolve um *continuum* multideterminado de comportamentos relacionados ao beber. Os problemas relacionados ao álcool não resultam apenas do exagero da quantidade consumida, mas da ausência de controle da forma de consumo (quando, onde e quanto). O abuso de álcool gera dependência, depressão e instabilidade de personalidade.

Argumentos contrários ao modelo médico são muitos. Múltiplos fatores conduzem à dependência: não existe nenhum limite nítido que separe o alcoolista do bebedor excessivo, o diagnóstico sempre implica em juízo de valor; o alcoolismo é afetado por fatores situacionais e psicológicos; o livre arbítrio é comprometido; alcoolismo não é um distúrbio biológico, mas um distúrbio de comportamento.

Para Vaillant, o modelo sociológico vem de Cahalan (*apud* Vaillant, 1999) que em seu texto *Problem Drinkers*: A National Survey, constrói um *continuum*, com base na noção de desvio social. Apesar de o modelo sociológico ser o fundamento da construção da escala de Vaillant (a PDS descrita adiante), o autor não o analisa no texto, apenas seus elementos são citados.

Além dos sintomas físicos, Cahalan aponta os problemas relacionados ao álcool, denominadas *incapacidades sociais* caracterizados por intoxicação freqüente; beber sintomático (ex.: beber matinal; apagamentos ou lapsos de memória, tomar vários drinques no começo de uma festa para garantir que a bebida não faltará; etc.); dependência psicológica; beber para diminuir a depressão ou o nervosismo; problemas com o trabalho; reclamações dos familiares e dos amigos; problemas matrimoniais; agressividade associada ao álcool; problemas com a lei, polícia, acidentes e problemas financeiros.

Segundo o *continuum* de Cahalan, o alcoolismo é definido pelo aparecimento das diversas complicações acima citadas. A combinação dos problemas físicos com os problemas sociais define a posição do indivíduo numa escala progressiva de dependência.

Para o autor, os dois modelos, o biológico e o social, tratam da mesma questão mas sob pontos de vista diferenciados e o alcance do nível de entendimento adequado sobre o alcoolismo implica na utilização de ambos.

A etiologia do alcoolismo é multifatorial, não simplesmente determinada pelo consumo excessivo de álcool, mas uma série de fatores culturais contribui para seu desenvolvimento. “Por exemplo, tanto a França quanto a Itália incutem em suas crianças práticas do beber responsável, mas, de fato, a embriaguez pública encontra muito maior aceitação na França do que na Itália – e a França exibe um índice mais alto de abuso de álcool” (Vaillant, 1999: 57).

Na França, o consumo de vinho é um aspecto de reforço da nacionalidade, contudo, para Vaillant (1999) o país vivenciava o mais alto índice de alcoolismo do mundo.

Em uma moléstia caracterizada por recaídas e remissões, o estilo dos padrões de abstinência, o beber controlado e o abuso de álcool podem variar, conforme a personalidade, a cultura e o meio social. É em função disso que certos fatores podem ter uma ênfase maior no desenvolvimento do alcoolismo, por exemplo, carga genética é um fator considerável, entretanto, o ambiente de infância (ex.: convivência com um parente próximo dependente) pode contribuir para um desenvolvimento mais rápido da dependência.

Os padrões de abuso não se mantêm constantes ao longo do tempo, toda definição de alcoolismo deve incluir as dimensões quantidade e periodicidade de consumo, perda de controle, dependência física e a quem esse beber incomoda.

Existe uma variação individual na evolução do alcoolismo. Para determinar a progressão no abuso de álcool, que ocorre, em larga escala, durante a primeira ou nas duas primeiras décadas de uso, o autor utiliza o termo “A História Natural do Alcoolismo” (modelo médico), isto é, a progressão do abuso como uma doença que se desenvolve com o decorrer da vida.

> "... é entre os indivíduos jovens do sexo masculino mais do que entre os indivíduos mais velhos do mesmo sexo que o mais alto índice de quase todos os tipos de problemas do beber são detectados... deve ser acrescentada a afirmação clínica de que é entre os homens mais velhos, entre 35 e 50 anos, que o maior número de alcoolistas – aqueles aos quais a noção do modelo da doença progressiva se ajusta – será encontrado." (Vaillant, 1999: 137)

O termo "Carreiras de beber" (modelo social), refere-se a como os indivíduos utilizam o álcool e reagem às suas conseqüências de forma particular.

> "Carreiras de Beber, refere-se ao indivíduo e às características do meio ambiente social e cultural, as quais formam e incentivam certos comportamentos e inibem outros. Os cientistas sociais demonstraram como as carreiras do beber são influenciadas pela "individualidade do bebedor", pelas percepções e reações que o cercam, pela forma pela qual a sociedade define a sua condição e pelos diversos tipos de processos individuais e sociais". (Vaillant, 1999: 146)

A progressão no abuso de álcool é a seguinte: apagamentos e intoxicações freqüentes acompanhados por detenções, reclamações de terceiros, beber matinal e tentativa de permanecer abstinente. Em seguida, perda de emprego e bebedeiras, convulsões e diminuição da tolerância ao álcool e por fim o tratamento hospitalar e/ou envolvimento com os Alcoólicos Anônimos.

O homem busca o álcool, toma gosto por ele e então perde o controle: "Primeiro, o homem toma um drinque, então, o drinque leva a outro drinque, e, então, o drinque leva o homem." (Vaillant, 1999: 100)

Como o beber excessivo feminino ainda é alvo de um controle social maior, as mulheres são mais atingidas pelas sanções sociais, conforme afirma Vaillant (1999). O álcool e a embriaguez são associados à masculinidade, todavia, o consumo de tranqüilizantes (benzodiazepínicos) é maior entre as mulheres. Segundo esse autor as mulheres desenvolvem o alcoolismo pelas mesmas razões que os homens:

> “personalidade anti-social pré-móbida, hiperatividade, beber excessivo dos companheiros (principalmente cônjuges), parente biológicos alcoolistas, ambientes de trabalho tendentes ao beber excessivo e ser criada em cultura que proíbem a bebida, mas encorajam a embriaguez. Cada um desses fatores, entretanto, exceto a hiperatividade, estão presentes com maior probabilidade nas mulheres que, posteriormente, cometem o abuso de álcool do que nos homens”. (Vaillant, 1999: 105)

A hereditariedade, a etnicidade e o comportamento anti-social pré-mórbido contribuíram para o desenvolvimento do alcoolismo nas duas amostras. Já o alcoolismo paterno, conflitos matrimoniais dos pais, supervisão materna insuficiente, muitas mudanças, ausência de vínculos com o pai e falta de união familiar foram significativamente correlacionadas com o desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool da Cidade de Core.

Os sintomas de abuso de álcool ocorreram na mesma seqüência geral nas duas amostras, entretanto, na amostra da Universidade ocorreram aproximadamente 20 anos mais tarde. Os fatores ambientais e as características do indivíduo somente determinam o ritmo da progressão.

O abuso de álcool durante toda uma vida (quatro ou mais problemas da PDS) foi de 28% para a amostra da cidade de Core e de 13% para a amostra da Universidade. A idade de início não esteve associada com o número de parentes alcoolistas nas duas amostras.

Para Vaillant, abuso de álcool significa uso patológico de álcool e presença de desequilíbrio social ou ocupacional durante um mês ou mais. Na dependência, além do abuso de álcool a pessoa deve demonstrar tolerância e sintomas de abstinência. O abuso de álcool diferencia-se do beber assintomático, o que só pode ser visualizado com um acompanhamento longitudinal, durante pelos menos cinco anos ou mais.

Na definição de alcoolismo de Vaillant temos componentes biológicos conectados a fatores sociais. O desenvolvimento do alcoolismo não é apenas aferido por traços clínicos, mas, também por suas implicações sociais. A perda de controle é medida pelo número de problemas relacionados ao álcool, portanto, as implicações sociais do alcoolismo são indissociáveis da definição proposta.

O diagnóstico de alcoolismo inclui, além dos fatores biológicos/psicológicos, outros associados à vivência social de cada indivíduo, visíveis em um maior intervalo de tempo. O problema é identificado por meio de especialistas (médicos, psiquiatras, etc.) e também das experiências compartilhadas por familiares e amigos.

As considerações desse autor sobre classe social não foram conclusivas. Apesar de afirmar que o alcoolismo atinge todas as classes sociais, não aprofunda as diferenças sócio-econômicas das amostras e suas implicações no desenvolvimento do alcoolismo. Aliás, uma das limitações do estudo longitudinal apontada pelo próprio autor é a perda dos detalhes não captados por esse tipo de observação.

Vaillant fez um contraste entre duas amostras de origem sócio-econômica diversa, entretanto, seu objetivo foi descrever o alcoolismo para tratá-lo. Neste ponto recorre ao modelo médico e possivelmente deseja promover medidas preventivas ao seu desenvolvimento na população geral, mais ligado, portanto, ao modelo médico de natureza preventiva.

A minha pesquisa buscou focalizar e descrever o componente social presente no desenvolvimento do alcoolismo. Foram analisados dependentes de álcool freqüentadores de grupos de AA, que atravessaram uma trajetória de contato com a bebida, ou seja, o conjunto localiza-se no ponto terminal de um contato longitudinal (ao longo da vida) com o álcool. O recurso das entrevistas permitiu descrever, a partir do ponto de vista desses

sujeitos, os fatores sociais determinantes do contato com o álcool. O alvo, portanto, foi descrever as especificidades sócio-econômicas das pessoas envolvidas e apontar as implicações sociais da dependência alcoólica, os problemas relacionados que permitiram a esses indivíduos a realização do auto-diagnóstico de alcoolismo.

A noção de alcoolismo como sinônimo de *continuum*, ou seja, conforme aumenta a compulsão pelo álcool, aumenta o nível de complicação social, está presente em outros estudos pertencentes ao modelo médico de explicação. Vaillant assinala a necessidade (embora não a realize) de diferenciação entre os padrões ambientais e os culturais presentes no alcoolismo, e os estudos citados abaixo também tendem a não precisar estas noções. O estudo do alcoolismo impõe aos profissionais da área de saúde a utilização de categorias sociológicas, mas esse uso tem se demonstrado inadequado, uma vez que esses termos não são corretamente definidos.

Gigliotti & Bessa (2004) discutem a gênese e o desenvolvimento conceitual. O diagnóstico do alcoolismo é de baixa eficiência, confiabilidade e tardio. Segundo esses autores, no estudo de Jellinek (*apud* Gigliotti & Bessa, 2004) *The Disease Concept of Alcoholism* temos a evolução do conceito de dependência. O alcoolismo é considerado doença apenas quando apresenta tolerância, crise de abstinência e perda de controle (prejuízos sociais).

Esses autores apontam a necessidade de identificar o alcoolismo em seu desenvolvimento, isto é, em suas fases iniciais e intermediárias. Segundo eles, a gênese do alcoolismo apresenta fatores genéticos e ambientais, mas, reconhecem, ainda que não as analisem, as influências culturais e tendências familiares. O diagnóstico da doença alcoolismo implica em especificar o abuso do uso de álcool, pois quanto maior a compulsão e o nível de intoxicação, maior a complicação social.

Em 1976, Grifith Edwards e Milton Gross (*apud* Gigliotti & Bessa, 2004) propuseram a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), entendida não como uma enfermidade estática, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida, um *continuum.* Os problemas relacionados à dependência envolvem fatores biológicos, culturais e ambientais; causam prejuízos sociais, tolerância ou síndrome de abstinência.

Outra característica comum à maioria desses estudos sobre alcoolismo é que suas amostras tomam sempre como referência às camadas populares.

Vianna & Monteiro (1991) relacionam a mortalidade feminina e uso de álcool analisando atestados de óbitos de mulheres com baixa renda e baixo nível de instrução e migrantes. Conforme os autores, os atestados são de má qualidade, 22% deles apresentam causas de óbito mal definidas e, ao mesmo tempo, não diagnosticam a dependência alcoólica.

Os resultados encontrados foram 7,2% CAGE[4] positivos, desse total 36% estava localizado na faixa etária dos 10 aos 49 anos. Na faixa dos 30 aos 49 anos, 47,6% das mulheres foram CAGE positivas e 23,8% tiveram causa básica de óbito relacionado ao alcoolismo. Portanto, para Vianna & Monteiro, a má qualidade dos atentados de óbito prejudica o levantamento estatístico do alcoolismo.

Estudiosos criticam a utilização de métodos quantitativos na definição do alcoolismo e dos problemas relacionados. Os diagnósticos são de baixa eficiência e

[4] O questionário CAGE utilizado por profissionais de saúde para diagnosticar o alcoolismo é composto das seguintes questões: 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebidas ou parar de beber; 2) As pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de beber?; 3) Sente-se culpado (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber? e 4) Tem o hábito de beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
Resposta afirmativa a duas ou mais questões, constitui um CAGE positivo, isto é, um dependente de álcool. Neste estudo o questionário foi adaptado e aplicado aos parentes das mulheres falecidas.

confiabilidade e o alcoolismo, em geral, é diagnosticado na fase tardia de desenvolvimento.

O trabalho de Nóbrega & Oliveira (2005) utiliza o método de História de Vida, ao entrevistar 13 mulheres em tratamento ambulatorial e observaram que o nível de comprometimento clínico, social e familiar evolui conforme o grau de dependência alcoólica.

O metabolismo feminino, comparado ao masculino, é menos tolerante ao álcool, a mulher apresenta peso e quantidade de água menor, mais gordura e menos enzimas metabolizadoras de álcool.

A intoxicação ocorre com a metade da quantidade necessária ao homem (absorve 30% mais álcool consumido). É mais vulnerável às complicações clínicas, sua mortalidade é maior, desenvolve doenças hepáticas em período menor. É afetada pela miocardiopatia, miopatia e lesão cerebral. A hepatite alcoólica progride para a cirrose, há inibição da ovulação, diminuição da fertilidade e problemas ginecológicos.

Para as entrevistadas de Nóbrega & Oliveira (2005), as atividades sociais ou de trabalho não foram suficientes para impedir a progressão do consumo de álcool. O estudo aponta a existência de uma baixa tolerância social em relação ao beber feminino. No tratamento, os homens são apoiados pelos familiares, as mulheres, pelas amigas.

Simão *et al.* (2002) em seu estudo aponta a escassez de estudos de gênero e, assim como outros autores, trabalham camadas populares, realizando um estudo longitudinal entre 1990 e 1997. Os autores encontram famílias desestruturadas, problemas de relacionamento e violência doméstica. As mulheres iniciam o consumo mais tarde, mas desenvolvem dependência em menos tempo, dois ou três anos, enquanto os homens levam quatro ou cinco anos. Muitas são incentivadas pelo esposo a consumir álcool. As regras sociais

restringem o consumo feminino, por exemplo, beber em bares, o que leva as mulheres a consumirem álcool preferencialmente em casa e o uso, em geral, é mantido oculto no meio social.

Andrade *et al.* (1990), em estudo que igualmente relaciona gênero e camadas populares, encontram problemas nas relações interpessoais e de saúde. Os EUA apresentam cerca de 10% de taxa de alcoolismo, esse percentual na América Latina varia de 3 a 23% e a relação entre homens e mulheres dependentes varia de (5:1) a (13:1). É apontado o aumento da população de alcoolistas desde 1987 na faixa etária entre 12 e 68 anos e uma maior participação feminina nesses números. Ainda segundo Andrade *et al* (1990), os homens iniciam-se no abuso de álcool na adolescência, já as mulheres têm uma iniciação tardia, após os 35 anos de idade. A pesquisa propõe a existência de subpopulações de alcoolistas, as mulheres formariam uma delas, com possíveis subdivisões.

Na amostra de Laranjeira *et al* (1989), formada por 1125 mulheres e 310 homens, o questionário CAGE foi aplicado para obtenção do diagnóstico de alcoolismo e 5% dos indivíduos foram considerados CAGE positivos: 12% homens e 3% mulheres. Os autores buscaram delimitar as fronteiras de um possível grupo de risco para desenvolvimento do alcoolismo. Este seria formado por homens, na faixa etária dos 31 aos 45 anos, desempregados e recém chegados a São Paulo.

Mendoza (2004) enfatiza os aspectos culturais da ação, consumir álcool faz parte do processo de socialização do homem e é forma de expressão da masculinidade. Masculinidade é um papel social cuja construção é orientada pela família, pela escola e pelos meios de comunicação. Assim, o beber censurado nas mulheres é privilégio masculino, fonte de diversão e interação social. O consumo de álcool é um elemento

facilitador da interação social do homem, por meio dele busca-se o reconhecimento no interior do grupo.

A autora aponta as diferentes expectativas em relação às posições do homem e da mulher. Ao homem atribuem-se a força, a agressividade, a rudeza, a resistência, a segurança e a inteligência; da mulher espera-se a delicadeza, o sentimentalismo e a obediência aos pais e aos maridos.

Observei um número de mulheres em reuniões de AA muito inferior ao de homens. Uma possível explicação para esse desequilíbrio seria não a existência de uma superpopulação de dependentes do sexo masculino em relação às mulheres, mas sim o produto de um maior controle social sobre o beber abusivo feminino. A freqüência em reuniões do AA é sinônimo de aceitação da condição de dependente, e produz um impacto de diferente dimensões sobre a imagem social de filha, esposa e mãe.

Desse modo, o meio social, seus valores e suas crenças moldam, até determinado ponto, as atitudes do indivíduo. A pressão social, no sentido moral, parece ser maior sobre a mulher e produzir um padrão de consumo alcoólico, desenvolvimento e visibilidade do alcoolismo diferenciados.

Para as entrevistadas de Vargas & Zago (2005), alcoolismo significa sofrimento na vida, no trabalho e nas relações interpessoais. É sinônimo de tristeza, violência e frustração, pois interfere nas relações sociais, emocionais e nas responsabilidades familiares. Os pais dependentes servem de modelo de identificação para os filhos e devido aos padrões conservadores da sociedade latino-americana tradicional, à falta de independência financeira e ao afeto direcionado ao cônjuge e aos filhos, a mulher tem um posicionamento tolerante em relação à dependência alcoólica dos maridos. A comunidade latino-americana tradicional vem perdendo o poder de instância reguladora da identidade de seus membros.

O homem dependente de álcool não mais exerce o papel de provedor do lar. A mulher passa a exercer a posição que lhe foi anteriormente negada e as características inicialmente exigidas dos homens - responsabilidade, força, capacidade de decisão, etc. - agora devem fazer parte de sua personalidade. Em uma palavra, torna-se o chefe da família, a responsável pelo sustento e pela organização do lar.

Para esta linha de argumentação, que associa diferenças de gênero e alcoolismo, o uso de álcool tem uma rede de significados culturais. Os pressupostos culturais operam na construção das experiências pessoais, nesse caso, o sofrimento e a tolerância das mulheres de alcoólicos.

As tipologias do alcoolismo apontam causas genéticas e ambientais e baseiam-se na idade de início dos problemas relacionados à dependência. Bau & Salzano (1995), por exemplo, utilizam o ponto de corte de 25 anos de idade (presente na maioria dos estudos devido à idéia de que a idade de 25 anos significaria o final da adolescência e início da vida adulta) para referência ao início precoce ou tardio do alcoolismo. O alcoolismo diagnosticado antes do ponto de corte é considerado precoce, após, tardio. Silva (1990) apresenta o tipo I, “adolescente”, até os 25 anos, caracterizado pela busca de riscos e novidade, e o tipo II, “adulto”, acima dos 25 anos, caracterizado pela introversão.

Em vários estudos o alcoolismo é visto como uma síndrome multifatorial, ora enfatizando a faceta biológica, ora a psicológica, ora a cultural ou uma mescla de dois ou mais aspectos.

Para Bau (2002), o alcoolismo é uma síndrome multifatorial: física, mental e social. Nele existe uma interação de fatores genéticos e ambientais. O foco da discussão é a origem biológica da doença. Aponta estudos sobre genes candidatos à predisposição, o papel do polimorfismo genético, as abordagens clínica, epidemiológica, molecular e genética.

Cita o critério de definição da maioria das tipologias do alcoolismo, a idade de início dos problemas relacionados ao álcool: início precoce e início tardio. No Brasil e na Polônia a tipologia apresenta três elementos, não descritos no artigo.

O termo “fatores ambientais” é uma noção muito vaga presente em muitas discussões, varia desde o contato com um pai alcoólico até uma situação de trabalho estressante. Temos uma espécie de tentativa de agrupar em uma categoria sem forma, fatores psicológicos, culturais e sociais. Essa abordagem reforça o caráter interdisciplinar do alcoolismo e a necessidade de análise de seus aspectos culturais e sociais.

Estudos quantitativos desenvolvidos em instituições públicas de tratamento (hospitais, ambulatórios, etc.), tendem a enviesar os resultados, pois se referem às camadas populares e não alcançam todos os determinantes sociais presentes no alcoolismo. Esta composição amostral parece ter como objetivo constituir um grupo de risco para o alcoolismo. Pressupõem que determinadas condições sócio-econômicas conduzem necessariamente à dependência alcoólica. A minha pesquisa busca analisou o alcoolismo confrontando indivíduos de origem sócio-econômica oposta, pois é fato que a dependência alcoólica não se restringe às camadas social e economicamente desprivilegiadas. Soldera (2004) é um dos poucos estudos que compara amostras de origem sócio-econômica diferenciada.

Para Pinsky & Silva (1995), o álcool é veiculado na mídia como fator de socialização, meio de atingir estados emocionais desejados e comportamentos específicos. É representado como algo cotidiano, banal, atrativo e de consumo legitimado. Cenas de beber aparecem em número superior à realidade e são utilizadas em contextos sociais positivos. Ficar bêbado é visto como algo intrínseco, natural e desejável em celebrações e cenas de bebedeiras são consideradas engraçadas, divertidas e inofensivas.

Por outro lado, o alcoolismo é responsável por 94% das internações em hospitais psiquiátricos. Conforme Pinsky & Silva (1995), a propaganda incentiva e investe pesadamente no crescimento do consumo: no Brasil, foram gastos 72 milhões de dólares em propaganda entre janeiro e novembro de 1993, desconsiderando os problemas relativos à dependência.

Segundo Pinsky & Silva (1995), a propaganda teria como objetivos principais aumentar o número de consumidores, por exemplo, campanhas publicitárias dedicadas a mulheres ou jovens e obter um acréscimo na quantidade per capita consumida. Para os industriais do álcool, sua meta é induzir os já consumidores a escolher entre as marcas.

A associação entre propaganda e consumo não foi comprovada, portanto, são necessários estudos longitudinais nesta linha.

Alguns dados exprimem a dimensão social e econômica do alcoolismo. Conforme dados de Ferrari (1987), o álcool é responsável por 50% dos acidentes de trânsito fatais, pela perda de 9,5 bilhões de dólares por ano no Brasil (faltas ao trabalho, licenças médicas e aumento de consultas clínicas), é a segunda causa de internações em hospitais psiquiátricos e 40% hospitalares. Bebidas arrecadaram 2,4% do Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) e consumiram 5,4% do PIB em 1982 em custos de tratamento, perdas de produtividade e acidentes. A cachaça é a bebida destilada mais vendida, 2 bilhões de litros por ano, vodka, 70 milhões de litros e uísque, 26 milhões de litros. Quanto ao teor alcoólico, 200 ml de cachaça contém 80 g de álcool, de cerveja, 6,5 g e de vinho, 19g. A qualidade da bebida é o que diferencia a classe social e hábitos familiares particulares.

Para Ferrari (1987), 5 a 10 % da população são alcoólatras e para cada alcoólatra declarado existem quatro a cinco pessoas entrando em nível perigoso de consumo.

Matos & Karnil (1984) estudam pacientes previdenciários. O alcoolismo é responsável por 50% da população internada (entre 30 e 40 anos de idade); 50% dos acidentes de trânsito (1977); 16% dos acidentes de trabalho não fatais e em São Paulo-SP por 3% da mortalidade geral. Para esses autores, a ação médica não é preventiva, mas ocorre apenas em fases tardias de desenvolvimento do alcoolismo, o que se traduz em múltiplas internações para desintoxicação.

Os Alcoólicos Anônimos (AA) são discutidos em Masur & Jorge (1986). De acordo com estes autores, o AA é uma psicoterapia de grupo para pessoas pobres, pois os mais ricos podem pagar um terapeuta.

Outros estudos discutem a dependência em si. Para Morgado (1985) a dependência é uma condição gradativa. Representa uma insatisfação, uma busca eterna pelo prazer, e o indivíduo pode se tornar dependente de qualquer coisa: cigarro, esporte, sexo, crime, leitura, etc.

Em Wolf & Galperin (1982) é discutida a dimensão legal do alcoolismo que no sistema judicial é considerado uma doença mental. Alcoolismo não é atenuante ou agravante da pena, mas é motivo para anulação de casamento, rescisão contratual, proibição de dirigir. Diminui a consciência e a vontade da pessoa. O juiz de direito pode decretar internação compulsória a pedido do médico.

Niewiadomski (2004) propõe a abordagem da co-emergência e o reforço mútuo dos fenômenos intrapsíquicos e sociais e utiliza o método de História de vida em grupo. Para ele, o álcool está envolvido em homicídios, golpes e ferimentos voluntários e involuntários, crimes e delitos sexuais, maus-tratos, incesto, roubos, degradações, rebeliões, etc. Presente em 30% dos acidentes de tráfego, 10 a 20% dos acidentes de trabalho, 2/3 dos homicídios

voluntários e em mais de ¼ dos suicídios. Cita os episódios de violência coletiva na Inglaterra como expressão de dificuldades identitárias.

Para Niewiadomski (2004), são dois os modelos de estudo da dependência de álcool: o modelo biomédico de alcoolismo e o modelo da metodologia de história de vida.

Segundo este autor, a sociologia clínica considera a subjetividade do ator social. As estruturas sociais somente podem ser compreendidas, quando se considera a maneira pela qual, os atores sociais vivem e representam para si mesmos essas estruturas. Procura evitar dois perigos, privilegiar a análise dos fenômenos intrapsíquicos e considerar o sujeito como produto de determinantes sócio-históricos. Nesse sentido, busca as interações entre processos psíquicos e processos sociais, recorrendo ao estudo de caso de “Jacky”.

Daí a importância do recurso metodológico utilizado, pois pela abordagem biográfica o indivíduo faz um retorno reflexivo sobre sua trajetória e identifica os determinantes sociais que influenciaram o curso de sua vida e o recurso ao álcool.

Os pais de Jacky, por pertencerem a classes sociais diferentes, apresentam dificuldades de relacionamento. O pai nutre um sentimento de desqualificação social e outros fatores de indignidade suposta que o leva a fuga no álcool. O álcool será reivindicado como uma maneira de resistir à dominação social da esposa e de sua família.

Jacky, que fora criado por uma mãe adotiva, identifica-se com o pai. Ao encontrar a mãe, apesar da boa vontade de ambos, como não possuem as mesmas referenciais culturais e sociais, a comunicação torna-se difícil e abre espaço para mal entendidos futuros, os quais se somarão a uma história familiar já delicada.

O autor demonstra que a violência característica de Jacky está relacionada com sua biografia e com seu processo psíquico de identificação com o pai, sendo que esses dois fatores estão articulados com o contexto familiar e as relações sociais mais amplas.

A revisão bibliográfica realizada nas ciências biomédicas conduziu a uma importante constatação. A maioria dos estudos biológicos fundamenta suas definições nos prejuízos bio-sociais da pessoa. Ou seja, a etiologia[5] da "doença" alcoolismo está fundamentada em seus prejuízos bio-sociais, isto é, nos prejuízos do que denominamos "avanço do processo de alcoolização".

A partir das entrevistas realizadas, buscou-se reconstruir as "trajetórias de alcoolização", ou seja, visualizar a partir de quais ocorrências foi possível detectar o caminho da (des) construção social individual. Portanto, estudos médicos do alcoolismo, quantitativos e qualitativos, partem dessas conseqüências, isto é, concentram-se nas fases avançadas de desenvolvimento. Acreditamos que a detecção do alcoolismo em suas etapas iniciais é fundamental para o tratamento médico do problema e alguns trabalhos apontam justamente esta necessidade: Matos & Karnil (1984), Vianna & Monteiro (1991), Vaillant (1999), Gigliotti & Bessa (2004). Embora esses autores apontem a necessidade de diagnóstico do alcoolismo nas fases iniciais, sua análise está baseada nas complicações sociais advindas das fases adiantadas do alcoolismo.

O fato do alcoolismo não apresentar fases bem delimitadas de evolução, de suas etapas serem demarcadas por anos ou décadas e serem de difícil constatação, torna explicita a dimensão social presente em sua gênese e desenvolvimento.

A linha de pensamento predominante nessa literatura descreve o alcoolismo como um *continuum* de conseqüências negativas. Vaillant (1999) constrói a noção de incapacidades sociais, mensuradas pela *Problem Drinking Scale*, um conjunto de danos fisiológicos e sociais determinados pelo alcoolismo. Wolf & Galperin (1982) apontam o alcoolismo como motivo de anulação de casamento, rescisão contratual e proibição para

[5] Parte da Medicina que trata da origem das doenças (Bueno, 1973)

dirigir; para Ferrari (1987) o álcool está relacionado a 50% dos acidentes fatais, é a 2ª causa de internações psiquiátricas e hospitalares, consome 5,4% do PIB em tratamentos, perda de produtividade e acidentes.

A vertente de tendência mais fisiológica deseja compreender o alcoolismo com base nas diferenças de desenvolvimento corporal e mental do indivíduo. Uma de suas metas é delimitar "grupos de risco" e possíveis subgrupos no interior do universo de alcoólatras, com base no corte etário e nas diferenças de gênero.

1.4 A identidade como produto da socialização

Giorgio Agamben (2004) trata de relações políticas. Trabalha a noção de vida nua ao discutir a estrutura da soberania e a decifrá-la na sua relação com a vida. Traz para campo uma figura do direito romano, a "vida nua", uma relação política, e propõe que esta sempre foi e continua sendo a base do poder soberano. Sua intenção é descrever e problematizar o mundo social e a política a partir da vida nua. Faz um desdobramento das questões propostas por Michel Foucault (1999) sobre o nascimento da biopolítica. Foucault não discute a noção de soberania, segundo ele, o Estado é apenas um dispositivo de poder.

Segundo os gregos, vida exprime-se em dois termos: *zoé:* vida natural, viver comum a todos os seres vivos (animais, homens, deuses), contudo, não existe pura existência, mesmo no mundo animal, nas mais puras relações animais, reprodutivas, por exemplo, existe um feixe de relações; e *bíos:* vida qualificada, modo particular de vida, forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo. Para Aristóteles sempre existe uma porção do bem viver na vida natural, portanto, *zoé* e *bíos* interceptam-se em alguns pontos comuns.

Na política clássica, porém, havia a tentativa de separar a pura vida, da vida política, esta fundamentada na linguagem. Enquanto a voz é atributo de todos os seres viventes, a linguagem é própria do animal humano.

A modernidade inaugura a inclusão da vida nua na pólis de Aristóteles. O bando é a relação política originária, isto é, a comunidade política é fundamentada na relação de exceção. O Estado não pode mais controlar a todos, existem os ingovernáveis, mas em contrapartida, nas situações onde sua força é mais visível, é mais implacável do que nunca, seus braços alcançam zonas inimagináveis, não apenas os corpos, mas os comportamentos e as mentes dos homens. Esta realidade está exposta a olhos vistos e ao mesmo tempo, descansa sob uma nuvem, de névoa de indiferenciação.

O "poder biopolítico", aliado ao poder disciplinar busca a homeostase, o equilíbrio, a regularidade da população, em suma, sua regulamentação: "A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia e mais pura". (Foucault, 1999: 306)

Esta vida nua, para Agamben (2004) e para Foucault (1999), é incluída na cidade dos homens, através de sua exclusão, ou seja, de seu extermínio em prol do bem estar da coletividade, quando o poder soberano assim julgar necessário. A peculiaridade da atualidade é o fato de que sobre todos os indivíduos, e não sobre um grupo particular como os judeus, os ciganos ou os negros, paira a espada do Estado, todos e qualquer um pode ser eliminado pelo bem do todo social.

"Se a nossa hipótese está correta, a sacralidade é, sobretudo, a forma originária da implicação da vida nua na ordem jurídico-política, e o sintagma *homo sacer* nomeia algo como a relação "política" originária, ou seja, a vida enquanto, na exclusão inclusiva, serve

como referente à decisão soberana". (Agamben, 2004: 93) A vida biológica sempre esteve no centro dos cálculos do Estado Moderno, a novidade da modernidade é a iluminação do vínculo e a relação que sempre existiu hoje é posta às claras.

> "... Nem *bíos* político nem *zoé* natural, a vida sacra é a zona de indistinção na qual, implicando-se e excluindo-se um ao outro, estes se constituem mutuamente... sobretudo vínculo tem ele mesmo originariamente a forma de uma dissolução ou de uma exceção, na qual o que é capturado é, ao mesmo tempo, excluído, e a vida humana se politiza somente através do abandono a um poder incondicionado de morte." (Agamben, 2004: 98)

Agamben (2004) cria alguns personagens, figuras ilustrativas de sua discussão. O Homem-lobo é uma delas**,** é o híbrido entre a selva e a cidade, a natureza e a cultura e na origem representa aquele que foi banido da comunidade. Está na zona da indiferença entre o animal e o homem, a *physis* e o *nómos*, a exclusão e a inclusão. O lobisomem habita paradoxalmente ambos os mundos sem pertencer a nenhum.

> "...E esta lupificação do homem e humanização do lobo é possível a cada instante no estado de exceção, na *dissolutio civitatis.* Somente este limiar, que não é nem a simples vida natural, nem a vida social, mas a vida nua ou a vida sacra, é o pressuposto presente e operante da soberania. A violência soberana não é, na verdade, fundada sobre um pacto, mas sobre a inclusão exclusiva da vida nua no Estado. (Agamben, 2004: 112-113)

É essa discussão a respeito da figura do homem-lobo que pode contribuir, a meu ver, para esclarecer a situação do dependente de álcool, na sociedade. A figura do bêbado e do homem-lobo coincide, pois o dependente de álcool sofre um tipo de "assassínio indireto" nos termos de Foucault (1999): "...por tirar a vida não entendo simplesmente o assassínio direto, mas também tudo o que pode ser assassínio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc." (Foucault, 1999: 306)

O indivíduo, inicialmente, consome álcool como forma de obtenção de prazer, outra finalidade seria adquirir características desejáveis de personalidade. A idéia de contemplar anseios próprios e os do grupo em relação a si, apresenta pontos em comum com a discussão de Strauss (1999).

Entendemos que a discussão proposta por esses Agamben (2004) e Strauss (1999) permite alcançar o objetivo de minha pesquisa, ou seja, o de determinar o impacto do alcoolismo nas relações sociais: a partir de quais fatos ocorridos na vida do indivíduo é caracterizada sua morte social, a plena aderência da marca do lobo ao rosto do homem.

> "O hebreu sob o nazismo é o referente negativo privilegiado da nova soberania biopolítica e, como tal, um caso flagrante de *homo sacer*, no sentido de vida matável e insacrificável. O seu assassinato não constitui, portanto, como veremos, nem uma execução capital, nem um sacrifício, mas apenas a realização de uma mera "matabilidade" que é inerente à condição de hebreu como tal... os hebreus não foram exterminados no curso de um louco e gigantesco holocausto, mas literalmente, como Hitler havia anunciado, "como piolhos", ou seja, como vida nua. A dimensão na qual o extermínio teve lugar não é nem a religião nem o direito, mas a biopolítica... A sacralidade é uma linha de fuga ainda presente na política contemporânea, que, como tal, desloca-se em direção a zonas cada vez mais vastas e obscuras, até coincidir com a própria vida biológica dos cidadãos. Se hoje não existe mais uma *figura predeterminável* do homem sacro, é, talvez, porque somos todos virtualmente *homines sacri*. (Agamben, 2004: 121)

A saída é suspender, desativar a partilha entre *zoé* e *biós*, criar um campo de resistência. Ver toda a vida como forma de vida, buscar a construção de uma "vida que vale a pena ser vivida", sem cisões entre dignos e os indignos de viver. Construir uma nova relação entre vida e política, uma política que não se deixe capturar por identidades codificadoras e redutoras.

Para Habermas (1983), a identidade é gerada pela socialização, isto é, pela integração do sujeito ao sistema social por meio da apropriação dos universais simbólicos,

contudo, em fase posterior, ela é garantida e desenvolvida pela individualização, ou seja, pela independência em relação aos sistemas sociais. "...uma identidade do Eu só pode se formar no círculo da identidade de um grupo." (Habermas, 1983: 81)

A construção da identidade pessoal é um processo caracterizado por três estágios - ator, portador de papéis e sujeito independente de papéis - os quais conduzem o indivíduo da integração à emancipação em relação ao sistema social. A criança, após a fase simbiótica de relacionamento materno adquire a identidade natural, passa a distinguir os limites de seu corpo físico dos ambientais, embora ainda seja incapaz de distinguir os objetos físicos, dos sociais. Temos um ator e não um sujeito.

O segundo nível constitui a identidade de papel, conforme o indivíduo incorpora os universais simbólicos dos papéis fundamentais de seu ambiente natural, passa a ser um portador de papéis.

A construção pessoal se conclui com o estabelecimento da identidade autônoma ou fundada em princípios e valores morais pessoais, marca a independência do Eu em relação ao sistema social. O ser é uma pessoa, um sujeito independente dos papéis exercidos:

> Por isso, (o jovem) deve recuar o seu Eu para trás da linha demarcada por todos os papéis e normas particulares, e estabilizá-lo unicamente com base na abstrata capacidade de representar com credibilidade a si mesmo, em todas as situações, como alguém que pode satisfazer às exigências de consistência mesmo diante de expectativas de papel inconciliáveis e mesmo quando atravessa uma série de fases contraditórias da vida. (Habermas, 1983: 64)

O autor associa o desenvolvimento humano a uma trajetória contínua, de fases sucessivas. Descreve níveis de consciência moral que se sucedem da heteronomia à autonomia, onde são diferenciadas normas sociais impostas daquelas justificadas por

princípios particulares. Entretanto, o aparecimento de situações críticas, isto é, a perda imprevista de ligações de inserção social; o ingresso inesperado em novas posições advindas do desemprego, da emigração, da guerra, da ascensão social; catástrofes privadas etc, em contradição com outras expectativas legítimas, produzem a redefinição da identidade.

"Em certas circunstâncias, tais conflitos constituem uma carga tão forte para a personalidade que essa se encontra diante da alternativa de se quebrar ou de iniciar uma nova vida". (Habermas, 1983: 78)

Para os indivíduos entrevistados as fontes de perigo foram: desentendimentos conjugais, morte prematura de parentes próximos, desemprego, mudança de residência etc. Elas provocaram a redefinição das personalidades, no caso, o avanço do processo de alcoolização.

Esses fatos podem ocorrer em qualquer estágio do desenvolvimento humano, pois a personalidade continua sujeita a essas mudanças na vida adulta. Portanto, uma trajetória livre de obstáculos críticos (quadro quase inédito em nossa realidade) conduz à formação de uma personalidade autônoma; acontecimentos graves da vida impõem à personalidade uma redefinição, uma desestabilização de sua formação, no caso do alcoolismo, uma pausa forçada, onde a autonomização da pessoa não se constitui.

A identidade do Eu se forma no contexto da identidade do grupo, mas o Eu somente ganha autonomia quando independe do grupo, ou seja, quando apresenta características peculiares que o personalizam. Em uma palavra, as condições para a formação da pessoa estão no grupo, mas o indivíduo somente se completa quando e no que extrapola a coletividade, naquilo que o diferencia e o individualiza.

Vemos no uso do álcool uma tentativa de integração ao grupo, de homogeneização. O indivíduo estaciona na fase da identidade de papéis (Habermas, 1983), pois seu desejo é corresponder às expectativas da coletividade e para isso molda sua personalidade a partir do uso da bebida; nas fases iniciais o intuito é, em parte, alcançado.

1.5 Da identidade construída

Nossa análise do alcoolismo propôs a existência de fases gerais de desenvolvimento: adaptação, desenvolvimento e dependência, que caracterizam a trajetória de contato individual com o álcool. Este inicialmente contribui para a inserção social, contudo, nas etapas posteriores, o uso abusivo provoca o isolamento social, isto é, o dependente torna-se um marginal, apesar de viver em sociedade, contraditoriamente e progressivamente passa a ser afastado dela. Portanto, o elemento anteriormente auxiliar das relações sociais, em momentos posteriores as afeta a ponto de destruí-las.

No decorrer do processo de alcoolização a pessoa e seus familiares utilizam-se de uma série de estratégias para contenção do avanço e dos danos provenientes do alcoolismo. São acionados: o casamento, a mudança de residência, as trocas do tipo de bebida, etc. e a mentira (Barnes, 1996) como técnica de acobertamento.

A mentira é vista como uma estratégia consciente ou inconsciente para o alcance de objetivos contraditórios: primeiro, é uma tentativa de manutenção da identidade construída a partir do uso do álcool, mas, ao mesmo tempo, de encobrimento do processo de deterioração da imagem social nos termos de Goffman (1998).

A discussão de Goffman (1998) permite demonstrar a condição diferencial inerente ao alcoolismo por meio de dois conceitos, o de visibilidade e o de manipulação da informação. Ambos auxiliam a localização pessoal nas fases da trajetória de alcoolização,

> "Começando com a noção muito geral de um grupo de indivíduos que compartilham alguns valores e aderem a um conjunto de normas sociais referentes à conduta e a atributos pessoais, pode-se chamar 'destoante' a qualquer membro individual que não adere às normas, e denominar 'desvio' a sua peculiaridade." (Goffman, 1998: 151)

Para o autor, estigma é a situação do indivíduo inabilitado à aceitação social plena, o conceito está relacionado a expectativas particulares e sociais. Aqueles que se afastam negativamente das expectativas são considerados desviantes. A sensação de inadequação ou de inferioridade impele o ser a encobrir a marca indesejada ou manipular a informação sobre ela para produzir a imagem social desejada.

Existem estigmatizados de dois tipos: o "desacreditado", quando a característica distintiva é conhecida ou percebida imediatamente, e o "desacreditável", a marca não é conhecida ou percebida de imediato pelos presentes. Os estigmas podem ser deformidades físicas, características morais ou de grupo (por exemplo, classe social baixa).

O alcoólatra nas fases iniciais é um "desacreditável" moral, pois o estigma apenas se verifica pela existência e observação de um padrão de consumo constante, excessivo e prejudicial. A diferença é percebida durante a interação e não no contato inicial.

A visibilidade maior ou menor do alcoolismo, por conseguinte, está relacionada à sua fase de desenvolvimento, ou seja, quanto maior a proximidade da condição de dependência, maior a facilidade de visualização do alcoolismo. Por isso, a comprovação de um padrão problemático de consumo na fase inicial, exige capacidade de percepção muito maior. Em outras palavras, na fase de dependência o indivíduo claramente passa da condição de "desacreditável" para "desacreditado", pois sinais corporais (por exemplo, rosto inchado regularmente) são acrescentados à conduta social claramente desviante.

A constatação social facilita o auto-diagnóstico e a busca pelo tratamento, pois conforme nossos dados apontam são os familiares mais próximos os maiores incentivadores para o ingresso no AA. Porém, quando a dependência é verificada, mas a aceitação da condição de dependente ainda não existe[6], a mentira aparece como a técnica de acobertamento por excelência:

> Diálogo entre Carlos e sua esposa: "Você bebeu?"; "Não, não bebi", ou senão a minha mulher falava assim "Quantas você bebeu hoje?" "Bebi uma pra acompanhar o Fulano", mas já tinha bebido todas, qualquer um podia ver".
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro empresário, Grupo Noel

> "Foi ali que começou as mentiras, falava que tinha tomado só um golinho, só uma garrafinha, mas mesmo assim ela (mãe) já começou a pegar no pé".
> Tiago, 19 anos, branco, estampador, Grupo São Lucas

Portanto, para Goffman (1998), o desacreditado manipula a tensão presente no contato social, o desacreditável manipula a informação sobre o estigma, como os trechos acima confirmam.

Relações mais próximas com o dependente possibilitam uma visibilidade maior do alcoolismo, entretanto, contraditoriamente, são as pessoas mais próximas, pais, esposas/maridos, irmãos, amigos, etc. que auxiliam a esconder o problema, em uma tentativa de preservação da identidade pessoal passível de deterioração:

> ... Continuei trabalhando mais ou menos, fui trabalhar na empresa do irmão dela (da esposa), meu ofício (segurança), já larguei mão, porque já não dava, aí fui trabalhar de cobrador de ônibus na Guarulhos, ficava sentado ali, mas bebia na catraca, cada parada no ponto final, eu saía no bar e bebia... comecei a ter delírio, teve confusão com passageiro, mas o motorista sempre segurava as pontas.
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas

[6] Vide no relato do grupo Jardins, o caso da moça que não conseguiu prestar depoimento, capítulo 2.

O desejo de encobrir a imagem de dependente aparece não apenas na "fase da ativa"[7], ou seja, enquanto a pessoa mantém um padrão de consumo alcoólico problemático, mas continua nas salas de recuperação do AA, quando a abstinência alcoólica total é pregada como meio de recuperação.

Esse comportamento foi constatado no grupo Jardins quando membros presentes na reunião, ao perceberem minha presença como pesquisadora, ou mesmo durante o primeiro contato verbal, abandonaram a sala em que estávamos[8]. A manifestação a respeito do próprio alcoolismo a um não membro do AA, parece significar (ainda que o relato seja referente ao passado, pois estar em AA é sinônimo de busca pela recuperação) a aceitação da condição de incapacidade de convívio social pleno. É importante ressaltar que as pessoas que apresentaram esse comportamento têm os melhores níveis de educação e moram nas regiões nobres da cidade[9].

Desse modo, diferenças sócio-econômicas especificam a maneira como o alcoolismo é visualizado, daí a dificuldade de estudos com pessoas privilegiadas, nelas o encobrimento faz-se presente durante toda a vivência alcoólica e permanece durante as tentativas de recuperação, por exemplo, nas reuniões do AA.

Goffman (1998) aponta duas identidades, uma identidade pessoal heterogeneizadora e uma identidade social homogeneizadora, categorizadora, uma identidade de papéis.

Quando nos referenciamos à idéia de identidade construída, destruída e re-construída no tocante ao consumo de álcool, tratamos a noção de identidade como princípio de identificação com determinado grupo, como uma identidade de papéis, de caráter

[7] Termo comum do vocabulário dos alcoólicos
[8] Vide relato de campo sobre visita ao Grupo Jardins, capítulo 2.
[9] Outro aspecto a considerar é que quanto maior o tempo de sobriedade, maior é a facilidade de exposição do indivíduo.

homogeneizador; ela é apresentada como produto da atuação social para Habermas (1983) e pressionada por padrões e valores culturais da coletividade.

O uso do álcool foi observado como elemento da interação social com uma função específica, eliminar diferenças pessoais, comportamento observado em todas as fases da alcoolização. Contudo, o desejo maior não é apenas o de igualar indivíduos, mas o de promover o exercício pleno do papel social, a adaptação aos valores e às normas do grupo. Por exemplo, nosso entrevistado engenheiro, para cumprir perfeitamente o papel de jornalista, passou a consumir bebidas alcoólicas em todos os encontros com a "roda de intelectuais".

Primeiro o álcool permite que a conversa flua em uma roda de amigos da qual se desconhece o assunto, depois o indivíduo e/ou sua família utiliza-se de técnicas para encobrir as diferenças advindas de um padrão de consumo excessivo, não condizente com a posição de pai, marido, profissional etc. e, por fim, a decisão de não se pronunciar diante de uma mestranda que estuda indivíduos em busca de recuperação, ou seja, de sua readequação.

O que parece estar em jogo, não é a formação de uma identidade plena, autônoma nos termos de Habermas (1983), mas a construção de uma identidade de papéis, de um ser que somente existe na perfeita interação com os grupos sociais, a pessoa é apenas formada pelo conjunto dos papéis que interpreta e das máscaras que usa.

O indivíduo trabalha incessantemente, muitas vezes auxiliado pelos parentes próximos, para elaborar mentiras e histórias, na tentativa de manutenção de sua imagem. Na fase da dependência instalada, uma pessoa que chega atrasada ao trabalho, escapa nos intervalos e volta com cheiro de álcool, ou mesmo disfarça o cheiro de álcool com naftalina

na boca[10], realmente tem problemas. Os mais íntimos podem auxiliar na simulação ou também serem expectadores dela. Conforme aumentam as bebedeiras, aumenta a pressão e a necessidade de mentiras.

Para Goffman (1998), o estigmatizado e o normal têm papéis complementares e semelhantes. Complementares, pois um justifica o outro, os parentes avalizam e encobrem os dependentes, porém, todos correm os riscos de estigmatização repentina, isto é, de serem considerados anormais, conforme um dos valores gerais da sociedade, ou seja a espada homogeneizadora, nos termos de Agamben (2004), do Estado paira sobre a cabeça de todos. O estigmatizado em um aspecto, deficiente físico, por exemplo, pode dirigir a mesma carga de preconceito sofrida a uma pessoa negra, pois:

> "...só (há) um tipo de homem que não tem nada do que se envergonhar: um homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano, do Norte, heterossexual, protestante, de educação universitária, bem empregado de bom aspecto, bom peso, boa altura e com um sucesso recente nos esportes." (Goffman, 1998: 139)

Portanto, o autor refere-se a um processo social de dois papéis em interação, e não aos indivíduos concretos, pois toda pessoa participou, participa ou participará de ambos em algum momento da vida. Cada um é julgado e julga; acoberta, encobre e aponta o outro; é estigmatizado e estigmatiza conforme sua condição e conveniência. Tratamos de perspectivas geradas em situações sociais, onde a diferença em relação à norma é questionada, desvalorizada ou aceita:

[10] Vide relato de Marina, grupo Jardins, capítulo 2.

> "Como conclusão, posso repetir que o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto a um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelos menos em algumas conexões e em algumas fases da vida." (Goffman, 1998: 148)

1.6 Da (des) construção pessoal

Até aqui apresentamos o uso do álcool como elemento da construção pessoal e ao mesmo tempo como entrave da autonomia pessoal, pois a dependência já estava presente e o indivíduo juntamente com seus familiares e amigos tentavam encobrir os danos decorridos do consumo abusivo. O passo seguinte é discutir o significado geral da dependência, para o indivíduo e para o grupo.

Velho (1998) faz um estudo sobre camadas médias residentes na zona sul do Rio de Janeiro, analisa seu estilo de vida e as visões de mundo associadas ao consumo de tóxico.

O princípio de identificação desses indivíduos é representado por seu estilo de vida particular baseado não no uso em si, mas em uma maneira específica do uso de drogas. A maconha é considerada um meio de socialização pois facilita a interação social, entretanto, a cocaína requer ambientes solitários e tornar-se dependente significa arriscar a beleza e a saúde.

O indivíduo exerce uma multiplicidade de papéis, imerso em diferentes realidades e nessa complexidade encontram-se as bases sociológicas das variações individuais.

> "Podem freqüentar os mesmos pontos e bares que as outras pessoas da "roda", são amigos, dão-se com artistas, intelectuais com ou sem preocupações política, mas o traço fundamental que os define é a sociabilidade que gera em torno da bebida, do consumo de bebida alcoólica em lugares públicos particulares." (Velho, 1998:126-127)

O consumo é uma marca distintiva de uma posição privilegiada, desde que acompanhado por um padrão de vida cultural e econômica superior e, portanto, não acarrete prejuízos financeiros, sociais ou orgânicos.

Velho verifica uma pressão pelo consumo de tóxicos, exercida pelo grupo e uma sensação de desconforto advinda da não participação: “Parece haver uma sensação de certa vergonha de não ter coragem de tomar o ácido, no caso dos que explicitamente colocavam o seu medo, e uma sensação de exclusão generalizada.” (Velho, 1998: 52)

Ser componente de um grupo que avalia o uso de drogas como o elemento central da socialização e negar a participação, caracteriza um desvio de conduta. A pessoa coloca-se à margem das normas e valores daquela coletividade.

Portanto, participar de um grupo de “vanguarda”, crítico das regras sociais gerais e tradicionais, implica na aceitação de normas tão limitantes e rígidas, como àquelas presentes em outros meios sociais. Deste modo, observamos desviantes entre os desviantes.

Inicialmente a pressão social atrai para o consumo, posteriormente o controle coletivo identifica aqueles que descumprem as regras de consumo e tornam-se dependentes. E estes são rotulados de loucos, doentes e viciados. Isto é, são acionadas as mesmas categorias utilizadas pelos críticos tradicionais e não-consumidores de tóxicos (os denominados “caretas”).

Os albergados de Nasser (2001) compartilharam o desejo dos personagens de Velho (1998), “saíram para o mundo” para fugir das regras e na atualidade encontra-se em um local repleto de normas: para acordar, comer, dormir, etc.

A situação de dependência é comum a todos os membros do AA e sair dela é condição primordial para a reconstrução da identidade pessoal e do novo estilo de vida. A

dependência alcoólica delimita, portanto, as fronteiras do grupo que se deseja transpor, a ânsia novamente é pela diferenciação, mas para retornar à normalidade.

Desse modo, regras sociais também orientam situações de desvio e ilegalidade. Uma atitude marcada pela liberdade de ação e expressão é fortemente regrada, ainda que implicitamente. No caso do alcoolismo esse controle parece ser muito mais sutil e difícil de ser verificado, pois o álcool é uma droga lícita e aceita em todo e qualquer ambiente social; essa atuação somente se verifica de modo claro, no momento da dependência instalada, quando os desviantes são claramente identificados por todos.

Buscou-se apurar nas entrevistas evidências do controle social que orienta o consumo de álcool; quando o rótulo de desviante, “alcoólatra” é aplicado, quem percebe num primeiro momento tal desvio, se o indivíduo ou quem o cerca e quais fatos auxiliam essa percepção.

Tornar-se um viciado significa não seguir as regras de conduta que orientam o uso de drogas, causando prejuízos para o organismo e para as relações sociais mais amplas, isto é, não cuidar do corpo e descuidar das obrigações sociais, colocar em risco a família e o trabalho. A droga passa a ocupar todos os espaços públicos e privados, transforma-se em fim e o meio de toda e qualquer ação e relação social.

Capítulo 2

O Campo

Este capítulo contém o relato do trabalho de campo, demonstra as implicações do acesso aos entrevistados por intermédio dos grupos de AA e realiza a exposição os dados obtidos com a aplicação dos questionários.

Alcoólicos Anônimos são grupos formados por homens e mulheres que se admitem incapazes de controlar o uso de álcool. O AA é considerado um método para recuperação do alcoolismo, no qual os membros auxiliam-se, por meio da troca de experiências sobre o uso abusivo de álcool e sobre a manutenção da recuperação.

O único objetivo dos grupos é promover e manter a sobriedade dos freqüentadores. A freqüência às reuniões e o contato periódico com outros dependentes são considerados importantes fatores para a manutenção da sobriedade.

Os grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA) permitem a participação de qualquer pessoa interessada no problema do alcoolismo, em suas reuniões abertas[11]. A única exigência é o respeito ao princípio do anonimato, ou seja, o participante não pode expor os fatos relatados permitindo, assim, a identificação do narrador. Por esse motivo, todos os nomes citados neste trabalho foram trocados e o conjunto das entrevistas forma um quadro coletivo da trajetória individual de contato com o álcool.

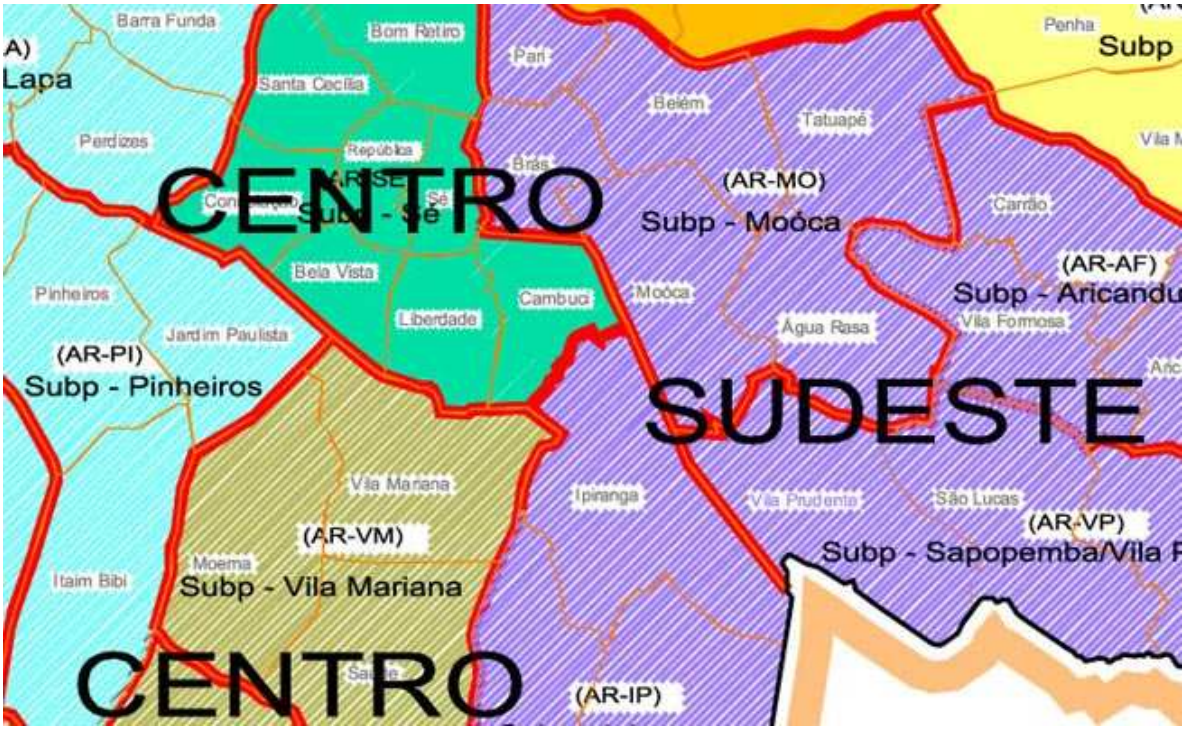
Os AA mantêm uma página na internet: www.aa.org.br, onde é possível obter informações sobre os grupos do Brasil. No link, o "Setor A", com 527 grupos, corresponde à região metropolitana de São Paulo.

[11] Os grupos do AA realizam dois tipos de reuniões. As "abertas", dedicadas a todos os membros e participantes eventuais, e as "fechadas", dedicadas aos membros para discussão de assuntos internos dos grupos.

A escolha dos grupos (Jardins, Noel, Vila Alpina e Parque São Lucas) foi norteada por critérios sócio-econômicos, nosso objetivo foi apontar diferenças e semelhanças entre os dois conjuntos. A localização espacial dos grupos - Jardins, localizado na região Oeste e Noel na região Centro-Sul, Vila Alpina e Parque São Lucas na região Sudeste (antiga Zona Leste) - em bairros nobres e periféricos da cidade permitiu observar esse contraste especialmente por meio da análise dos questionários. (vide mapa a seguir)

O primeiro passo foi a visita aos grupos e a exposição da pesquisa às pessoas presentes nas reuniões. A partir deste contato inicial, pretendíamos marcar o dia da aplicação do questionário (Anexo I).

Bairros da cidade de São Paulo



01	NOROESTE	Perus,Pirituba, Freguesia do Ó/ Brasilandia
02	NORDESTE	Casa Verde, Cachoeirinha, Santana/Tucuruvi, Tremembé/Jaçanã, Vila Maria/Vila Guilherme.
03	OESTE	Lapa, Butantã, Pinheiros.
04	CENTRO-SUL	Vila Mariana, Santo Amaro, Jabaquara.
05	CENTRO	Sé
06	SUDESTE	Mooca, Ipiranga, Aricanduva, Sapopemba/Vila Prudente.

Fonte: Secretaria de Implementação das Prefeituras da cidade de São Paulo.
Site: www.sp-turismo.com/bairros-sp-htm - Acessado em 19 Out 2007

2.1 Análise dos Grupos[12]

Encontramos características gerais e especificidades entre os grupos e no interior de cada grupo, entre seus componentes. Todos os freqüentadores dos grupos do AA têm o propósito comum de alcançar e manter a sobriedade. Contudo, a forma de obtenção dessa meta é diferenciada conforme o grupo e a origem sócio-econômica pessoal. Este aspecto também influiu no modo como fui recebida e tratada nessas salas.

O critério fundamental para a escolha dos grupos foi a sua aprovação para a realização da pesquisa, daí a importância das visitas preliminares para verificar a disponibilidade de cada um. O primeiro contato foi com o grupo Santa Cruz[13], mas, como o retorno para a efetivação da pesquisa não foi incentivado, resolvi substituí-lo pelo Grupo Noel.

Todos os grupos mantêm reuniões diárias, o Grupo Jardins foi o único que mantém no mínimo três reuniões por dia, cada encontro apresenta em média 10 pessoas.

O perfil geral do freqüentador AA é formado por homens brancos, acima dos 40 anos de idade. No entanto encontramos mulheres, jovens, pessoas negras e orientais.

O contato com o grupo Santa Cruz permitiu verificar o papel exercido pelo coordenador[14] das reuniões, ou seja, a pessoa que marca o tempo dos depoimentos, dá os avisos, normalmente abre a sala, etc. Ele, em alguma medida, orienta e influencia as atitudes dos companheiros e, em geral, é um membro com algum tempo de sobriedade e respeitado pelo grupo.

[12] Realizamos visitas preliminares nos dias 18, 21, 25 e 29/11/2005, 1 e 8/12/2005 e 20/01/2006. Os questionários foram aplicados em 09, 10 e 21/01/2006, 16 e 17/03/2006.
[13] O Grupo Santa Cruz apresentava problemas que refletiam negativamente no número de participantes das reuniões. Este problema de organização interna prejudicaria nosso acesso aos entrevistados.
[14] O coordenador não é uma função específica de uma pessoa em particular, em geral, cada reunião tem um novo coordenador.

A instituição AA tem normas gerais para o funcionamento do grupo (As Doze Tradições – vide Anexo IV), mas cada um deles é auto-administrado por seus freqüentadores. O grupo Santa Cruz passava por problemas internos, o que afetava diretamente a freqüência aos encontros.

O dirigente ficou claramente contrariado pelo fato de eu ter presenciado aquele momento delicado do grupo, e por isso não estimulou de modo algum um possível retorno. No Parque São Lucas a tendência foi oposta, o dirigente aprovou a minha presença e se dispôs a informar os companheiros sobre o trabalho.

A escolaridade foi outro diferencial entre os grupos. A baixa escolaridade predominou nos grupos da zona sudeste e já no momento de resposta aos questionários pude perceber isso. Houve dificuldades dos respondentes principalmente no entendimento de algumas perguntas, por exemplo: “Sou meio analfabeta, o que é zona rural e urbana?”. Não encontrei obstáculo semelhante nos grupos Jardins e Noel.

Jardins representou um universo social completamente distinto daquele representado por São Lucas e Vila Alpina. Presenciei a fala de uma jovem que enfrentava um dilema: ou mudaria de emprego, ou viajaria para a Itália para aprender o idioma. Em São Lucas e Vila Alpina os assuntos foram, o medo do desemprego, a falta de dinheiro, problemas de saúde etc.

O freqüentador de Jardins teve acesso à formas diferenciadas de tratamento, por exemplo, análise com psiquiatra e tratamento em clínicas particulares. Concentrou os maiores índices de escolaridade e renda e o maior número de profissionais em atividades de nível superior.

O medo da exposição pública foi a qualidade distintiva fundamental de Jardins, daí a desconfiança inicial de alguns de seus membros em relação a mim e a suposição de que

eu seria uma jornalista. Tive que provar a minha condição de pesquisadora para continuar a pesquisa, em Jardins e Noel.

Apesar de o AA estar fundamentado em princípios de companheirismo e solidariedade, as atitudes do grupo e das pessoas de Jardins demonstraram um marcante individualismo. Faz parte da tradição que os grupos iniciem e terminem as reuniões com o pronunciamento conjunto da Oração da Serenidade: “Concedei-nos Senhor, a Serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar; Coragem para modificar aquelas que podemos e Sabedoria para distinguir umas das outras.” Apenas neste grupo, a oração foi proferida na primeira pessoa do singular, isto é, cada um solicita apenas o seu fortalecimento particular e não o do grupo.

A coordenadora forneceu-me um telefone para contato e se dispôs a divulgar e participar da pesquisa. Naquela noite uma jovem, que aparentava 25 anos chamou-me a atenção. Não quis admitir, mas, tive um pensamento preconceituoso, pensei que seu perfil não correspondia ao de um dependente: sua aparência física era bastante saudável, suas palavras eram equilibradas e estava elegantemente vestida. Quando chamada a dirigir-se à frente da sala, (senti, nesse momento, que minhas idéias sobre ela, pareciam, de algum modo, terem se concretizado em suas ações) ela não conseguiu falar, apenas chorou. Nem mesmo ela acreditava em sua condição de dependente. Um dos fatores mais prejudiciais para o tratamento do alcoolismo é a percepção tardia da dependência.

Na reunião seguinte, o coordenador acompanhou as minhas reações durante todos os depoimentos. Tive duas impressões, a primeira de que seu desejo era descobrir se minha atitude seria respeitosa ou não para com seus companheiros e, a segunda, se o meu objetivo era mesmo o de realizar um trabalho acadêmico sério ou se eu apenas pretendia fazer uma caricatura sobre o alcoólico e o alcoolismo.

Jardins foi o grupo mais desfavorável à realização da pesquisa, seus membros impuseram-me as maiores restrições, e não divulgaram entre si, como nos outros grupos, o dia da aplicação do questionário.

A desconfiança foi generalizada, mesmo os mais simpáticos, não desejaram ser entrevistados[15]. Também comprovei um sentimento de incômodo gerado pela minha presença. Antes do início de uma das reuniões, dirigi-me a uma pessoa e expus a pesquisa, garanti o anonimato e perguntei se gostaria de participar. Ela pareceu-me nervosa e até irritada quando respondeu: "Não por causa do anonimato, hoje eu não estou a fim de participar". Não entrou na sala de reuniões, nós conversávamos no corredor e ela retirou-se em seguida.

O senhor idoso que me recebera naquela tarde, imediatamente após esse fato, decidiu responder o questionário. Talvez por receio de que a imagem do grupo fosse associada à presença de pessoas grosseiras.

Em seguida, um homem, aparentando por volta de 30 anos, elegantemente vestido chegou e sentou-se. Ficou claramente incomodado com minha presença, ao entrar dirigiu-me um olhar de estranheza e hostilidade. Não quis dar depoimento. Assim que ouviu uma referência à minha pesquisa, no depoimento do senhor idoso, retirou-se da sala.

Minha presença em reuniões de Jardins significou uma alteração prejudicial da sua rotina, por dois motivos: provoquei a saída de membros e a mudança na qualidade das falas; pois, algumas pessoas enfatizavam os fatos mais graves de seu cotidiano, outras os omitiam. Por exemplo, o senhor idoso dirigia o olhar a mim quando descrevia seus problemas, e enfatizava os aspectos mais graves, no sentido de reforçar o meu

[15] Preencher o número de telefone no questionário significava disponibilizar-se para uma entrevista futura.

entendimento sobre o alcoolismo; outros, com certeza, omitiram os mesmos aspectos, para não se exporem e alguns nem mesmo fizeram uso da palavra.

Desse modo, Jardins claramente dividiu-se entre os favoráveis e os contrários à minha presença, devido à desconfiança e ao pavor da exposição pública.

Minha facilidade ou dificuldade de acesso e permanência no grupo e o contato para a entrevista, portanto, variou conforme o nível sócio-econômico do grupo e o posicionamento individual particular. Em geral, o acesso foi dificultado em Jardins e Noel, e liberado em São Lucas e Nascente. Entretanto, duas exceções foram encontradas, em Nascente e Jardins.

No grupo Nascente, um jovem demonstrou um grande entusiasmo pela pesquisa. Ele estava na sala por causa do depoimento, mas preferiu priorizar o preenchimento do questionário. Acredito que o fato de ser uma mulher e aparentar uma idade semelhante, provocou um sentimento de identificação e um desejo de cooperação incomum.

Reencontrei a jovem de 25 anos, seu entusiasmo me surpreendeu, seu posicionamento foi singular entre os elementos de Jardins. Ela fez questão de ser a primeira a responder o questionário. Como no caso do jovem do Grupo Nascente, percebi um sentimento de identificação, simpatia e até de admiração por parte desta moça; acredito que isso ocorreu por sermos mulheres e aparentarmos a mesma idade. Na realidade, ela e o jovem do São Lucas representaram os maiores incentivos que obtive entre todos os pesquisados.

Entretanto, infelizmente apesar do entusiasmo demonstrado, ela não quis ser entrevistada.

O grupo Noel, em menor medida que Jardins, também apresentou receio à exposição. Gostaria de ter realizado, pelo menos, mais duas entrevistas no grupo. Uma

delas com o coordenador que insistentemente questionou-me sobre os detalhes da pesquisa, mas foi a primeiro a responder o questionário e estimulou os companheiros a fazerem o mesmo; apesar disso, não respondeu aos meus telefonemas. A outra com um empresário que não disponibilizou tempo para a conversa.

O fato de ser uma mulher facilitou o andamento da pesquisa, senti que mesmo em Jardins, minha presença não foi desagradável por completo e transmitiu alguma confiança, talvez um homem enfrentasse maiores obstáculos.

Portanto, o acesso às pessoas da "alta classe" em AA foi limitado. Futuras pesquisas sobre alcoolismo, que pretendam ter como referência indivíduos de níveis sócio-econômicos elevados, devem buscá-los em outros locais que não a sala de AA. Pois essas pessoas literalmente se escondem e fogem, em uma palavra, não querem aparecer. Uma alternativa pode ser uma clínica particular de recuperação com a participação voluntária dos pacientes, ou estabelecer contato direto com uma pessoa e a partir daí buscar outras. Entretanto, o estabelecimento de uma "rede de contato" demandaria um tempo muito maior e os contatos seriam mais restritos.

Essa é uma questão delicada a enfrentar, por isso é fácil imaginar porque a quase totalidade de estudos sobre alcoolismo é realizada com indivíduos pertencentes às camadas sociais de baixo poder aquisitivo, provavelmente, pela facilidade de acesso aos informantes.

" Aqui o mundo não é bonito não, já vi de tudo, prostituta, político, médico.
Pai que vive com a filha como marido e mulher."

"Para mim, felicidade era consumir álcool"

Frases de membros do AA

2.2 AA - Espaço para todos e para qualquer um (a)

Embora o AA não seja objeto desta pesquisa, uma das constatações centrais de Tavlad (2006) contradiz os dados obtidos no presente trabalho. O autor, além de discutir o método de recuperação do AA, afirma serem as salas de recuperação, na prática, um espaço exclusivamente masculino.

O AA seria um grupo formado por homens casados e com filhos. Portanto, a instituição é vista como um espaço de ação social masculina, daí o sexo ser tema recorrente nas reuniões.

O autor faz generalizações sobre o AA a partir de uma observação restrita, pois acompanhou reuniões em apenas três grupos. Também trabalhamos com um pequeno conjunto, quatro grupos do AA, entretanto, encontramos uma configuração relativamente diferenciada. Presenciamos mulheres participando e coordenando reuniões em Jardins e São Lucas.

O teor dos depoimentos dos encontros referia-se à recuperação e aos seus desafios cotidianos, não apresentavam qualquer denotação machista ou forçadamente sexual. É provável que esta temática seja comum nos espaços observados pelo autor, dada às características culturais regionais: Porto Alegre-RS, as denominadas “zonas centrais” e Caxambu, MG.

Contudo, acompanhei alguns depoimentos em que o sexo foi referência, e não me senti constrangida de forma alguma. Falar sobre sexo em uma sala de AA, equivale a falar sobre problemas de trabalho ou de educação dos filhos. Quando alguma mulher, por timidez ou qualquer outro tipo de bloqueio, foi mais reticente em dar depoimento, foi bastante incentivada por todos os presentes, inclusive pelos homens.

Portanto, o AA apareceu como um espaço aberto à presença de homens e mulheres de qualquer idade, grupo étnico, preferência sexual ou condição social, onde todos juntos buscam a manutenção da sobriedade.

A explicação do predomínio masculino nas salas, exige mais pesquisas sobre gênero e alcoolismo. Contudo, constatamos que os freqüentadores do sexo masculino não representam qualquer entrave à presença feminina nas reuniões, e os depoimentos femininos apontam que seus parentes e amigos tendem a desaprovar sua presença em um espaço de maioria masculina.

2.3 Análise dos Questionários

Foram aplicados 37 questionários nos grupos Jardins, Noel, São Lucas e Nascente. Para efeito de análise, os grupos foram divididos em dois conjuntos, pois, consideraram-se as diferenças sócio-econômicas dos bairros-sede dos grupos. O primeiro formado por Jardins (bairro Jardins) e Noel (Vila Mariana), "região central", o outro por São Lucas (bairro Parque São Lucas) e Nascente (Vila Alpina), "região periférica", ambos localizados na zona sudeste da cidade de São Paulo. A mesma divisão orientou a análise das entrevistas.

Os homens são predominantes, cinco homens para cada mulher[16]; faixa etária acima dos quarenta; brancos; católicos e paulistas (64%). O contato com o álcool teve início até os 18 anos de idade (75%) e o aumento do consumo ocorreu até os 29 anos em 50% dos casos. Esse percentual predominou no conjunto Jardins e Noel (35% dos 50%).

[16] Andrade *et al.* (1990) apontam que a relação entre homens e mulheres dependentes varia de (5:1) para (13:1).

Apesar de AA representar uma pequena parcela do universo de dependentes de álcool, sua composição parece restringir-se a um tipo muito específico, o freqüentador padrão de AA é homem, branco e tem em torno de 40 anos de idade.

No caso das mulheres, o preconceito e a discriminação parecem-me elementos importantes e explicativos da sua pequena presença nos grupos e isso requer, a meu ver, pesquisas que tenham como enfoque principal a questão de gênero. Estudos que levem em conta a variável raça/etnia são também necessários, devido à presença ainda mais reduzida de outros grupos étnicos nas salas.

A maioria reside na cidade de São Paulo há mais de 30 anos, e em grande parte nasceu e cresceu em São Paulo, capital, portanto não são migrantes recém-chegados. Este dado contraria as fronteiras dos supostos grupos de risco do estudo de Laranjeira *et al* (1989), que aponta a maior incidência de alcoolismo entre homens jovens migrantes.

Jardins e Noel concentraram escolaridade elevada, profissões de nível superior, conhecimento de outro idioma, maior renda, os maiores índices de envolvimento com a polícia e passaram por mais internações para desintoxicação.

Nos grupos São Lucas e Nascente, 43% apresentaram o Ensino Médio Incompleto como nível de escolaridade máximo. Enquanto em Jardins e Noel, 40% tinham o Ensino Médio Completo como nível de escolaridade mínimo. Os dados, novamente, contestam a mencionada linha de estudo do "grupo de risco", que afirma que quanto maior o nível de escolaridade menor o "risco" de desenvolvimento de alcoolismo. Os dois conjuntos apresentaram níveis de escolaridade opostos.

Apenas um indivíduo do grupo Nascente exercia profissão de nível superior (Contador). As atividades mais citadas, técnicos, auxiliares, representante e vendedor, somaram 51,4%. São funções caracterizadas pela falta de supervisão excessiva, nas quais o

trabalhador usufrui autonomia relativa e tem a possibilidade de organizar seu horário e determinar pausas.

Deste modo, determinados tipos de profissão parecem, em alguma medida, contribuir para o consumo alcoólico excessivo e, portanto, para a maior possibilidade de desenvolvimento do alcoolismo. Entretanto, como veremos no capítulo 3, a facilidade do consumo alcoólico excessivo não foi determinada apenas pela falta de supervisão no trabalho, pois os relatos afirmam que esse consumo foi encoberto, ou até mesmo facilitado, pelos colegas e pelos patrões.

A maior concentração de renda foi encontrada em Jardins e Noel: 35% tinham renda a partir de 4 salários mínimos (SM[17]), enquanto em São Lucas e Nascente 37% tinham renda máxima de 3 SM. A jovem do grupo Jardins, que tanto chamou a minha atenção, tinha uma condição sócio-econômica realmente privilegiada: declarou-se desempregada "por opção", mas com uma renda mensal superior a 6 SM.

Assim, podemos concluir que o nível de escolaridade e renda, são importantes para o posicionamento dos dois conjuntos em condições sócio-econômicas opostas.

Jardins e Noel concentraram 80% das internações, deste modo, condições econômicas privilegiadas favoreceram a busca de tratamento especializado. No que se refere aos problemas de saúde, os dois conjuntos apresentaram números semelhantes. Além dos tradicionais problemas hepáticos, encontramos problemas circulatórios relacionados ao alcoolismo. (Tabela 19).

Outro dado significativo quanto às diferenças entre os dois conjuntos diz respeito às recaídas e tempo de freqüência nos grupos de AA. Enquanto os grupos Jardins e Noel apresentaram maior número de recaídas (29%), nos grupos São Lucas e Nascente a taxa de

[17]No período da aplicação dos questionários o salário mínimo vigente era de R$ 350,00.

reincidência foi menor (13%). Por outro lado, o primeiro conjunto apresentou maior tempo de freqüência nos grupos de AA (32% estavam no mínimo há 6 anos no grupo), enquanto no segundo, 35% de seus membros apresentavam uma presença máxima de 5 anos.

O significado do consumo de álcool, para 35,2% dos questionários, foi a busca pelo prazer. Mas, quando interrogados a respeito dos fatores que os impulsionaram em direção à bebida alcoólica, 62% responderam que motivos associados a relações familiares e de trabalho tiveram peso preponderante, seja devido à influência de amigos ou familiares, seja em decorrência de problemas pessoais, de trabalho ou amorosos. Paradoxalmente, essas relações são as principais prejudicadas com o desenvolvimento do alcoolismo, pois, conforme avança o processo de alcoolização, ou seja, a dependência do álcool, maior é o grau de prejuízo desses vínculos.

O dependente vivencia uma situação paradoxal de longa duração: a iniciação à bebida tem o objetivo de ajudá-lo a resolver problemas provenientes das relações sociais, entretanto, o alcoolismo posterior prejudica, preferencialmente essas relações.

O objetivo da questão sobre motivo de ingresso em AA foi o de demonstrar quais os fatores essenciais para o reconhecimento da condição de dependente. Em outros termos, buscamos enumerar os fatores sociais da detecção do alcoolismo.

A principal resposta foi “perda de controle da vida”, referência constante em todas as nossas conversas com alcoólicos e em seus depoimentos nas reuniões de AA e que parece estar relacionada à categoria “problemas relacionados ao álcool” presente na literatura de definição do alcoolismo.

Ter uma vida descontrolada denota uma série de problemas recorrentes e sem solução, a pessoa é tomada por um sentimento de fatalidade e incapacidade. Por isso procura o AA para conseguir uma “mudança de vida”, buscando no auxílio da coletividade

o apoio necessário para a eliminação e a resolução dessas situações inadequadas e aparentemente insolúveis.

Portanto, a perda de controle da vida surgiu como um fator social de determinação do alcoolismo e seus componentes definidores foram observados na análise das entrevistas (capítulo 3).

A escolha da alternativa “Estigma de alcoólatra” por 5,4% parece estar associada à imagem social real do indivíduo que, desviante em relação às regras de consumo de bebida alcoólica, representa o “abuso do álcool” e/ou a dependência química em si, e as características associadas a ela.

“Dependência e Compulsão” foi o segundo fator mais citado e, neste caso, a definição de alcoolismo desses indivíduos estava fundamentada no discurso do AA que, por sua vez, é sustentado pela conceituação da OMS: “O alcoolismo é uma doença progressiva e incurável”.

Os itens “Ameaças e Questões Familiares” apareceram como outro importante fator de determinação do alcoolismo e da busca do AA nos grupos São Lucas e Nascente. A relação contraditória do consumo alcoólico reaparece, as relações familiares, em um primeiro momento, foram responsáveis pela entrada do álcool na vida das pessoas, posteriormente, quando os problemas se avolumam, as direcionam a procura de ajuda.

“Atração” é um princípio de interação do AA. Os membros interessados no reforço de sua recuperação buscam amigos “na ativa” (isto é, dependentes consumidores de álcool) e os “atraem” para AA. No caso desta resposta, a imagem do amigo recuperado provocou a entrada do indivíduo no grupo.

Nos quatro grupos, 75% começaram a consumir álcool antes dos 18 anos, o que confirma os dados mais recentes sobre o envolvimento precoce dos jovens com a bebida.

Isso demanda mais estudos sobre esta faixa etária, principalmente para a observação do padrão de consumo e o possível desenvolvimento do alcoolismo. Os dados do questionário revelam que dez anos, foi o tempo médio de mudança do padrão de consumo, 51% perceberam o aumento do consumo até os 29 anos, sendo que os grupos Jardins e Noel concentraram 35% desse percentual. A faixa etária dos 40 perfez 83,8% do conjunto pesquisado, dos quais 73% têm entre 40 e 59 anos.

Caso futuras pesquisas constatem que a maioria dos indivíduos realiza seu primeiro contato com bebidas alcoólicas antes dos 18 anos de idade e o fato da maioria ingressante em AA ser maior de 40 anos, essa será uma constatação preocupante; pois nos depararemos com um acontecimento que leva cerca de 20 anos para se completar e constatar.

Caso consideremos a faixa etária predominante de ingresso em AA, isto é, entre 40 e 49 anos (40,6%), como divisor de água para a sinalização do consumo excessivo (tabela 15), obteremos um total de 91,9%. Desse modo, a faixa etária de maior ingresso em AA, correspondeu ao maior grau de constatação do consumo abusivo. Em outras palavras, o ingresso em AA ocorre preponderantemente na fase de “pico” do consumo. E ainda, são as complicações sociais e biológicas advindas deste consumo excessivo que impulsionaram esse ingresso, fato comprovado nos questionários e nas entrevistas.

Existe uma linha de estudos que busca comprovar determinação genética/biológica do alcoolismo e, de certa forma, os dados obtidos com os questionários parecem confirmar isso. Nas famílias de origem, dezenove pais, dez tios e quatorze irmãos e irmãs de entrevistados eram dependentes de álcool, o que indicou a predominância da linhagem masculina na transmissão de uma propensão ao álcool. Contudo, esse pode ser um dos fatores de instalação do alcoolismo, mas não o único. Jardins apresentou dois indivíduos sem parentes com consumo abusivo. Em Nascente, cinco indivíduos apresentaram apenas

um parente com consumo abusivo, sendo que uma das respostas foi enteado, portanto, sem ligação biológica. Um indivíduo não tinha parentes consumidores abusivos.

Os problemas com a polícia concentraram-se em Jardins e Noel, as brigas foram os episódios mais comuns, seguidos do dirigir embriagado.

Os problemas hepáticos, tradicionalmente ligados ao alcoolismo, concentraram-se em Jardins e Noel. Conforme a bibliografia consultada demonstrou, problemas circulatórios (problemas cardíacos provavelmente tem causas circulatórias) também estão relacionados ao alcoolismo. Treze pessoas não apresentaram problemas de saúde, portanto os fatores físicos não determinaram seu ingresso no AA.

A maioria é católica (64%) e religiosa (86%), ou seja, tem fé, acredita em um poder superior. Parece existir uma ligação entre a localização dos grupos (maioria em igrejas católicas) e o tipo de pertença religiosa dos membros.

O AA afirma-se independente e apartidário em relação a questões institucionais, tendo como único objetivo a recuperação de seus membros. Estes, portanto, individualmente tem livre escolha de afiliação institucional (política, religiosa, etc.).

2.4 Dados do questionário aplicado aos membros de Alcoólicos Anônimos (AA)[18]

Tabela 1 - Gênero

Sexo	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Masculino	9	8	7	7	83,8
Feminino	2	0	4	0	16,2
Total	11	8	11	7	100

Tabela 2 – Cor da Pele

Cor	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Branca	8	5	5	6	64,9
Morena	1	2	5	1	24,3
Preta	1	1	1	0	8,1
Amarela	1	0	0	0	2,7
Total	11	8	11	7	100

Tabela 3 – Estado Civil

Estado Civil	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Solteiro	2	2	2	2	21,7
Casado	3	4	6	1	37,8
Viúvo	0	1	0	0	2,7
União Estável	2	1	2	4	24,3
Separado	3	0	1	0	10,8
Divorciado	1	0	0	0	2,7
Total	11	8	11	7	100

[18] Vide Questionário - Anexo I

Tabela 4 – Local de Nascimento

Local / Nascimento	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
São Paulo	9	4	7	4	64,9
Nordeste	1	2	3	3	24,3
Sudeste	1	1	1	0	8,1
Lima-Peru	0	1	0	0	2,7
Total	11	8	11	7	100

.

Tabela 4.1 – Tempo de residência em São Paulo - SP

Local / Nascimento	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
menos de 1 ano	0	0	0	1	2,7
de 01 a 30	1	1	2	0	10,8
mais de 31 anos	10	7	9	6	86,5
Total	11	8	11	7	100

Tabela 5 – Tipo de residência

Residência	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Própria	9	2	7	3	56,7
Alugada	2	4	2	3	29,8
De parentes	0	2	2	1	13,5
Total	11	8	11	7	100

Tabela 6 - Nível de Escolaridade

Escolaridade	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Até Ens. Médio Incompleto	2	2	11	5	54
Ens. Méd. Compl à pós-graduação	9	6	0	2	46
Total	11	8	11	7	100

Tabela 7 – Domínio de outro idioma

Idioma	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Sim	4	2	0	1	18,9
Não	7	6	11	6	81,1
Total	11	8	11	7	100

Tabela 8 - Profissão

Profissão	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Adm Empresas	2	0	0	0	5,4
Advogado	2	0	0	0	5,4
***Auxiliares**	**0**	**1**	**2**	**3**	**16,2**
Artista Plástico	1	0	0	0	2,7
Comerciário	1	0	0	0	2,7
Confeiteira	0	0	1	0	2,7
Contador	0	0	0	1	2,7
Engenheiro	0	1	0	0	2,7
Industrial	1	0	0	0	2,7
Jornalista	1	0	0	0	2,7
Motorista	0	0	1	0	2,7
Padeiro	0	0	1	0	2,7
Porteiro	**0**	**2**	**0**	**0**	**5,4**
Repres./Vend.	**1**	**2**	**0**	**0**	**8,2**
Taxista	0	1	0	0	2,7
****Técnicos**	1	1	5	3	2,7
***** Em branco**	1	0	0	0	2,7
Aposentado	0	0	1	0	2,7
Total	11	8	11	7	100

* Profissões mais citada em negrito

** Marceneiro, mecânico, montador e testador de motor e instrumentista

***Moça desempregada "por opção" (preencheu o item sobre desemprego, ver tabela 11, desta maneira), declarou renda pessoal mensal superior a 6 SM.

Tabela 9 – Situação de Trabalho

Trabalhando?	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Empregado	7	5	6	1	51,4
Desempregado	2	3	3	3	29,7
Aposentado	2	0	2	3	18,9
Total	11	7	11	7	100

Tabela 10 – Tempo de Desemprego

Tempo de desemprego	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Até 1 ano	1	3	2	0	54,5
De 2 a 5 anos	0	0	1	3	36,4
Mais de 10 anos	1	0	0	0	9,1
Total	2	3	3	3	100

Tabela 11 – Renda Mensal Pessoal em Salários Mínimos (SM*)

Renda Mensal	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Menos que 1	0	1	2	3	16,2
de 1 a 3	1	4	7	2	37,8
de 4 a 6	2	1	1	2	16,2
Maior que 6**	8	2	1	0	29,8
Total	11	8	11	7	100

*O salário mínimo vigente era de R$ 350,00.
**inclui moça desempregada "por opção"

Tabela 12 – Internações para desintoxicação alcoólica

Internações	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Sim	5	3	1	1	27,1
Não	6	5	10	6	72,9
Total	11	8	11	7	100

Tabela 13 – Fator de aproximação com o álcool

Aproximação com o álcool	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Influência de Amigos/familiares	6	4	6	2	48,7
Mídia	2	0	0	0	5,4
Problemas pessoais, de trabalho, amorosos	1	1	0	3	13,5
Por gosto ou prazer	0	1	4	0	13,5
Doença, confraternização, Timidez	2	2	1	2	18,9
Total	11	8	11	7	100

Tabela 14 – Idade de início do consumo de álcool

Início	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Menor de 18	9	7	7	5	75,7
De 19 a 29	1	1	3	1	16,2
Maior de 40	1	0	1	1	8,1
Total	11	8	11	7	100

Tabela 15 – Idade de aumento do consumo de álcool

Aumento	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Menor de 18	1	4	2	0	18,9
De 19 a 29	6	2	2	2	32,4
De 30 a 39	1	1	4	0	16,2
Maior de 40	3	1	3	5	32,5
Total	11	8	11	7	100

Tabela 16 – Faixa Etária do Freqüentador do AA

Idade	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
20 a 29	1	1	0	0	5,4
30 a 39	2	1	0	1	10,8
40 e mais	8	6	11	6	83,8
Total	11	8	11	7	100

Tabela 17 – Significado pessoal do consumo de álcool

Significado	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Afirmação pessoal	1	2	0	1	10,8
Determinado estilo de vida	0	0	0	2	5,4
Estar com amigos	1	0	3	0	10,8
Relaxamento/ bem-estar	3	2	1	0	16,2
Prazer	6	3	2	2	35,2
Efeito do álcool	0	0	5	1	16,2
Alegria, fugir da Realidade	0	1	0	1	5,4
Total	11	8	11	7	100

Tabela 18 – Parente com consumo abusivo

Parente com Consumo abusivo	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	Total
Pai*	**6**	**6**	**5**	**2**	**19**
Mãe	0	0	2	0	2
Irmão/Irmã	**4**	**3**	**6**	**1**	**14**
Primo	1	2	1	1	5
Tio	**3**	**3**	**2**	**2**	**10**
Avós	1	0	0	0	1
Filhos, enteado	1	0	0	1	1
Total	16	14	16	7	52

Em negrito os parentes mais citados

Tabela 19 – Problemas com a polícia em decorrência do consumo

Problema com a polícia	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	Total
Não tive	4	3	11	5	23
Acidente de carro	2	2	0	0	4
Direção perigosa	1	1	0	0	2
***Agressões**	1	1	0	0	2
Brigas	4	2	0	2	8
Discussão	1	0	0	0	1
Desacato à autoridade	0	1	0	0	1

***Grupo Noel, uma agressão à esposa.**

Tabela 20 – Problemas médicos decorrentes do alcoolismo

Problemas médicos	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	Total
Não tive	5	2	4	2	13
Apagamento	1	0	1	0	2
Visões	0	0	1	0	1
***Hepáticos**	**3**	**3**	**0**	**0**	**6**
Intestinais	0	1	0	0	1
Renais	0	1	1	0	2
Cardíacos	**1**	**0**	**1**	**1**	**3**
Depressão	1	0	0	1	2
Esquizofrenia	0	1	0	0	1
Polineurite	0	1	0	0	1
Epilepsia	0	1	0	0	1
Circulatórios	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**
Pressão arterial	**0**	**1**	**3**	**1**	**5**
Pulmonares	0	0	1	1	2
Lúpus	0	1	0	0	1
Bucais	0	1	0	0	1
Intoxicação	0	1	0	0	1
Afastamento do trabalho	0	0	0	1	1
Total	11	8	11	7	100

*Problemas mais comuns em negrito

Tabela 21 - Religião

Religião	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Não tem	2	1	1	1	13,5
Católica	5	5	9	5	64,9
Espírita	2	2	1	1	16,2
Evangélica	1	0	0	0	2,7
Mórmon	1	0	0	0	2,7
Total	11	8	11	7	100

Tabela 22 – Motivo de Ingresso em AA (Fator de determinação do alcoolismo)

Motivo de Ingresso em AA	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	Total
Perda de Controle da Vida	**4**	**4**	**2**	**0**	**27,1**
Mudança de Vida	2	0	1	1	10,8
Dependência/ Compulsão	**2**	**3**	**2**	**2**	**24,3**
Estigma de Alcoólatra	2	0	0	0	5,4
Curiosidade	1	0	0	0	2,7
Telefone na Lista	0	1	0	0	2,7
Ameaças/Questões Familiares	**0**	**0**	**5**	**2**	**18,9**
Dor/Sofrimento	0	0	0	1	2,7
Tomei a decisão	0	0	0	1	2,7
Pela "Atração"	0	0	1	0	2,7
Total	11	8	11	7	100

*Fatores mais citados em negrito.

Tabela 23 – Recaídas (retorno temporário ao consumo de álcool)

Recaídas	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Sim	9	2	3	2	43,3
Não	2	6	8	5	56,7
Total	11	8	11	7	100

Tabela 24 – Tempo de Freqüência em AA

Tempo de Freqüência em AA	Jardins	Noel	São Lucas	Nascente	% Total
Menos de 6 meses	1	1	3	2	18,9
De 7 meses a 2 anos	2	0	5	0	18,9
De 3 a 5 anos	1	2	0	3	16,2
De 6 a 9 anos	2	4	0	1	18,9
De 10 a 15 anos	2	1	3	1	18,9
Mais de 15 anos	3	0	0	0	8,2
Total 11	11	8	11	1	100

Capítulo 3
A trajetória de alcoolização

O objetivo deste capítulo é o de descrever o alcoolismo a partir do ponto de vista dos dependentes.

O alcoolismo é definido como consumo abusivo de álcool com impacto social negativo nas relações sociais, acompanhado ou não de quadros de tolerância e/ou dependência. Inicialmente foi caracterizado como um processo dividido em três fases: iniciação, desenvolvimento e auge, posteriormente à realização das entrevistas, duas fases (preliminar e recuperação) foram acrescentadas.

O processo de alcoolização é a trajetória na qual do indivíduo parte de um padrão de consumo alcoólico social, considerado normal e chega a um descontrole do consumo, caracterizado por danos progressivos aos laços sociais e/ou problemas fisiológicos.

A análise do consumo abusivo de álcool considerou dois aspectos fundamentais, o social e o biológico, contudo, esses elementos são interdependentes. Em muitas situações é quase impossível distinguir os fatores puramente sociais dos biológicos e vice-versa. A faceta bio/psicológica do alcoolismo é importante nesta definição, contudo existe uma batalha entre as necessidades psico-fisiológicas da pessoa e suas responsabilidades sociais. O indivíduo busca controlar impulsos, mascarar deslizes e continuar a exercer de forma plena suas funções sociais.

Consumidores abusivos apresentam um padrão anormal de consumo com variação individual (o número de doses, a freqüência e o tipo de bebida, por exemplo, três cervejas, uma dose de cachaça, duas de uísque etc.), que pode, inicialmente, estar aliado ou não a um quadro de dependência alcoólica, manifestada dentre outros elementos, pela tolerância. O

indivíduo tolerante ao álcool precisa consumir quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito. Uma atitude compulsiva, isto é, uma necessidade constante e progressiva de consumo, em situações grupais ou individuais, completa o quadro.

A presença de tais elementos varia conforme o indivíduo, sua estrutura psicológica e mental, seu ambiente social e a fase de desenvolvimento do alcoolismo vivenciada: inicial, desenvolvimento e ápice. Por exemplo, na fase de adaptação, o indivíduo dificilmente apresentará sintomas de tolerância ou dependência.

3.1 Descrição e análise das entrevistas

A análise das entrevistas evidenciou que o discurso dos entrevistados também caracteriza o alcoolismo em fases, desde o contato inicial até o momento da dependência mental e física. As etapas que definem o padrão de consumo alcoólico inicialmente não são claramente delimitadas, pois o indivíduo afetado e as pessoas a ele relacionadas tendem a não perceber as distorções de consumo, mesmo quando elas provocam impacto negativo progressivo e recorrente nas relações sociais.

3.1.1 As etapas

A influência do discurso de AA foi presença constante nas falas, em especial na definição de alcoolismo: “uma doença incurável que pode levar à loucura ou à morte prematura”.

A literatura de AA compara as fases de desenvolvimento do alcoolismo - início, desenvolvimento, dependência - com características animais: macaco (alegria), leão (coragem) e porco (descontrole), respectivamente.

Como os membros de AA utilizaram-se dessa terminologia não foi possível obter uma definição particularizada do alcoolismo, uma das metas desta pesquisa. Na realidade, essa terminologia pareceu fornecer legitimidade à situação do dependente. Apareceu implícita em todas as falas a idéia geral: “Eu sou um doente, o AA e a Organização Mundial da Saúde - OMS afirmam isto, não sou alguém sem-vergonha na cara”.

Como todo freqüentador de AA denominou-se “alcoólatra”, consideramos esse termo um “tipo identitário” no sentido de Dubar (2005). A categoria foi utilizada como uma tática de apropriação e resignificação do termo vigente (dotado de caráter pejorativo e preconceituoso); configurou-se como uma estratégia de re-construção pessoal utilizada na etapa da recuperação. Alcoólatra, para os nossos entrevistados, não é sinônimo de um “bêbado sem vergonha na cara”, mas um dependente de álcool que trabalha em sua recuperação, isto é, sua meta é sair da condição de dependente, portanto, suas ações são legítimas.

Entretanto, essa caracterização das fases e mesmo o novo sentido do termo alcoólatra, não atribui, nem contempla, a importância devida aos aspectos sociais do processo, esses elementos aparecem apenas como sinalizadores da fase crítica da dependência e não como elementos constitutivos de toda a trajetória de alcoolização, fato que a análise das entrevistas comprovou.

Nesta pesquisa, o impacto social do alcoolismo foi elemento fundamental de análise, está presente antes da concretização do “1º gole”, na história familiar de alcoolismo e na sociedade em geral, no trabalho, nos locais de lazer, nos meios de comunicação, etc. Qualquer desajuste de consumo implicará em inadequação social do indivíduo, em maior ou menor grau, conforme suas características particulares (físicas e sociais).

Dos onze entrevistados, sete provém de família nuclear, nove apresentaram pais dependentes, na família de duas mulheres os dependentes foram os avôs. Em dois bairros, Parque São Lucas e Vila Alpina, observamos a concentração de famílias extensas.

3.1.2 Fase Preliminar

O contexto familiar apareceu como um dos fatores da dependência. Os costumes e hábitos do grupo familiar no uso de bebida alcoólica, apareceram no discurso dos futuros dependentes. O álcool foi presença constante nas comemorações familiares. A criança desde tenra idade estava habituada a observar o consumo abusivo adulto, de forma consciente ou inconsciente passa a imitar os adultos, Lúcio apresentou na adolescência o mesmo padrão de consumo do pai:

> O meu pai, ... eu lembro as coisas tristes, porque eu cresci no alcoolismo dele, vendo tudo aquilo. Até então eu achava que eu não ia fazer igual... Mas aos 15 anos eu comecei a entrar em contato com o álcool e dei prosseguimento.
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

Para Vaillant (1999), padrões ambientais de abuso de álcool são relativamente irrelevantes como causa do alcoolismo quando comparados aos padrões culturais. As atitudes em relação à bebida e as práticas socialmente sancionadas pelas quais a criança aprende a beber, os fatores econômicos e os padrões de legislação têm papel fundamental no desenvolvimento do alcoolismo. As crianças francesas e italianas recebem orientações para um consumo responsável de bebida, contudo, a embriaguez pública encontra maior aceitação na França que na Itália, por conseqüência, a França exibe um índice mais alto de abuso de álcool, conforme Vaillant (1999).

O autor aponta o papel crucial dos fatores culturais para a distorção do padrão de consumo alcoólico em construção. As regras familiares, isto é, como a família observa e

orienta o consumo infantil, ou no caso dos nossos entrevistados, não observa, nem orienta, bem como as normas sociais e os princípios legais norteiam a configuração dos padrões futuros de consumo.

Foi observada a presença da dependência na família de origem associada a um ambiente de violência, manifestado na forma de brigas e discussões. O ambiente violento na infância foi relatado por pessoas de todos os grupos, entretanto, o ambiente turbulento na infância não foi relatado por todos os entrevistados. Carlos e Márcia, por exemplo, citaram a relação amorosa com os pais dependentes. Os outros entrevistados apontam os aspectos negativos da convivência:

> A minha mãe brigava com ele (pai), chegou até (mãe)... a jogar uma chaleira de água fervendo, na cara dele, porque ele enchia muito o saco, ..., ele quase matou a minha mãe, enforcada, por conta do álcool ..."
> Douglas, 64 anos, branco, músico, Grupo Jardins.

> ...Agora meu pai tá melhor, tá mais calmo, mas antes assim. Na época do "rush" mesmo dele, que foi oito, dez anos atrás, ele bebia muito, ele misturava cerveja com conhaque... Mesmo assim (ênfase) sustentando a gente, trabalhando duro, mas no final da tarde já (era), ... Então a gente sofreu um pouco com ele sim.
> Peter, 29 anos, branco, profissão indefinida, Grupo Noel.

> Meu avô é alemão, ele veio pro Brasil já alcoólatra, eu conheci ele, ele fabricava até as próprias bebidas... (Eu tinha) 8, 9 anos ... ele bebia e se embriagava, e o alemão, ele é muito bravo né! ... ele ficava meio violento, ele era muito bravo, então quando ele chegava alcoolizado, ninguém nem conversava perto dele ...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> Meu pai... eu lembro que ele bebia, ele batia na minha mãe, era uma fileirinha de 10 irmãos, punha a gente pra fora, a gente ficava até umas 10 horas da noite, tudo no quintal, aí quando o meu irmão mais velho chegava, é que punha a gente pra dentro...
> Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

O alcoolismo permitiu reforçar problemas de relacionamento familiar existentes, a dependência da filha (Marina) dificultou ainda mais a relação problemática com a mãe:

> ...não tinha (diálogo), meu pai era melhor que a minha mãe, ah, eu não gostava da minha mãe ... a minha mãe era muito brava, eu acho que por causa da raça, eu "chamava ela" de nazista (o avô materno de Marina era alemão)...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins

Entretanto, quando as relações familiares são estáveis e positivas o alcoolismo parece não interferir na qualidade das afeições:

> Ele (pai) chegava, mesmo bêbado, ele me catava no colo e me levava lá em cima, ele levantava duas, três vezes por noite pra me cobrir, pra cobrir meu irmão. Porque meu irmão também tem problemas era doente, nada de bebida não, ele é doente mental, e uma irmã já mais velha, casada.
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

Carlos justifica o comportamento do pai pela situação política do país:

> Agora o meu pai se envolveu sim, ele que era intelectualizado, que passou por uma dose de sofrimento na época da guerra, as privações eram muito grandes. O que eu me lembro das histórias, faltava luz, faltava água, faltava comida, era tudo cotado, era uma incerteza muito grande sobre o dia de amanhã, se ia acordar, se o governo ia convocar mais ou menos...ele sofreu um baque muito grande, durante a guerra... e outros problemas políticos também depois do Getúlio, na época do Estado Novo, ...ele era muito envolvido com a sociedade, era uma pessoa muito atuante, e ele achava que tinha que estar presente, ia aos movimentos e sofreu muito com isso... Aí *começou a aparecer o álcool na minha casa, através do meu pai*...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e microempresário, Grupo Noel

A dependência alcoólica no histórico dessas famílias não gerou qualquer cuidado adicional no contato com o álcool nas gerações posteriores. A iniciação ao álcool ocorreu, em geral, nas festas de família, sem qualquer restrição adulta.

O consumo infantil foi, inclusive, incentivado:

> ...Ah nas festas lituanas, na época de Natal, nas festas religiosas ... são muito católicos, apostólicos romanos. Nestas festas eles reuniam a família toda, 20, 30, 40 pessoas e começavam a cantar, tocar polca e cantar as músicas da terra deles e todo mundo bebendo. Cerveja, Vodka, então eu era muito tímido, e aí às vezes um daqueles mais adulto, primos mais velhos falava *"Dá pro menino um pouquinho de espuminha da cerveja"*, ou *então dava um gole de vinho com água e dava com açúcar*. Aí a gente tomava, e eu não sabia que eu era alcoólatra...
> ...5, 6, 7 anos de idade, eu já tava me desajustando, porque quando eu bebia, ia brincar correndo com os meninos, e sem beber eu ficava taciturno ....
> Fábio, 65 anos, branco, produtor de TV aposentado, Grupo Jardins.

> ...*Foi a 1ª vez que eu vi meu pai querendo servir bebida alcoólica pra algum convidado meu*... E tinha cerveja na minha casa, aí eu experimentei, aquela bebida, era uma coisa amarga, horrorosa, eu detestava, ... com 15, 16, 17 anos. Aí eu voltei pro guaraná. Mas já havia "cuba-libre", você misturava coca-cola com rum, que não era tão ruim quanto a cerveja, mas me deixava um pouco mais liberado, um pouco mais alegre...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

> Perguntei: Era comum a criançada beber? Ah, ficava ali na mesa entendeu? *Bebia restinho, e ninguém reparava muito não*...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins

> Eu tinha entre nove e dez anos. Numa festa de família, casamento, de uma prima minha. Tinha eu e meu primo. Meu primo já tinha experimentado, a gente pegava escondido. *A gente chegava pro pessoal que tava tomando conta e falava, 'Fulano tá pedindo tantas garrafinhas (cerveja)...*'. Acho que foi a 1ª vez que eu fiquei, bêbado, alegre.
> Tiago, 19 anos, branco, estampador, Grupo Noel

A condição econômica da família de Tânia permitiu o consumo infantil de álcool durante as refeições:

> ... quando a gente era criança, eu lembro que a minha mãe tinha vinho em casa, e fazia refresco, porque "nós não tinha" muito dinheiro, então o *refrigerante que a gente bebia com a comida era vinho,* ela punha água e açúcar e adoçava, já era bebida, hoje eu sei, mas na época...
> Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

Mudanças na personalidade foram observadas no comportamento do pai consumidor:

> Sem beber ele era muito sério, muito "introspecto", muito determinado, ele queria tudo certinho, tudo ali, aquela rigidez. *Quando ele bebia, ele se transformava num homem meloso, carinhoso, ficava beijando a gente*, dava tudo o que a gente queria, comprava doce, comprava brinquedo, roupa... e quando ele tava sem beber, ele era outro, completamente diferente, o oposto...
> Douglas, 64 anos, branco, músico, Grupo Jardins.

A timidez foi característica comum dos entrevistados:

> Eu era uma menina muito tímida, sempre me isolava...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> Na escola, *supertímido*, por isso o álcool quando bateu..., não tinha muito contato com os amigos, era muito vergonhoso.
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

Portanto, a fase preliminar foi marcada pelo contato inicial com o álcool no ambiente familiar, em geral sem supervisão adulta, estes incentivavam ou não se importavam com o consumo alcoólico das crianças e pela convivência com parentes dependentes.

3.1.3 Fase Inicial

O consumo de álcool apareceu como forma de curtição; busca de prazer e bem-estar; para "entrar no clima" e "quebrar o gelo".

O contato inicial ocorreu por vários motivos: curiosidade, diversão e em especial, para vencer a timidez.

Algumas idéias pertencentes ao domínio comum reapareceram nas falas, relativas ao bebedor social tais como: "beber é direito do homem e (na atualidade) da mulher que cumpre suas obrigações"; "dependente é quem bebe todos e dias e durante o dia". Portanto, o beber não é um problema desde que a pessoa trabalhe e o consumo seja concentrado em certos dias e horários da semana.

Outra condição seria o não-comprometimento do cotidiano, ou seja, a bebida não pode interferir nos compromissos familiares e de trabalho e uma efetiva sensação de aperfeiçoamento das relações sociais deve predominar. Abaixo uma descrição do "bebedor social":

> Sabe o que é beber social? Beber social é a fase do pavão, só alegria, você bebe, amanhã você é a mesma pessoa, você não cria problema pra sociedade, *você não cria problemas pros seus familiares, você só produz*, eu produzia pro Posto, produzia pra mim, pra o meu pai, pra os meus irmãos...
> ...Mas só que *eu era o mesmo cara, tava trabalhando, eu não sentia ressaca, não sentia dor, não sentia nada*... Eu era aquele menino bonito que saía pros melhores bares da cidade, bem vestido, tomava uísque, *Campari*, usava os melhores cigarros, andava no meio da sociedade rica ...
> Quando eu bebia o 1º primeiro gole, fosse de cerveja, fosse de cachaça, eu me sentia diferente, eu me sentia legal, eu me sentia com mais coragem ainda que eu tinha, eu não tinha medo de nada, eu já me sentia um *super-homem*, entendeu?
> Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.

> Eu fui trabalhar em jornal...Então eu comecei a ter o meu dinheiro... Eu me encantei com a madrugada, saía do serviço e ficava até às quatro da madrugada, *era gostoso de ficar batendo papo, era um mundo novo*. Eu fazia Engenharia, tava trabalhando num mundo de Ciências Humanas, então eu ficava realmente envolvido, tinha gente que fazia História, Filosofia, e a gente discutia muito. Era álcool de madrugada, ... e eu comecei me envolvendo e gostei...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado, Grupo Noel.

> Foi lá (no campus da Federal de Minas Gerais) que eu aprendi, um querer ser melhor que o outro, *querendo mostrar que é homem*, e a gente fumava maconha assim, fumava, bebia, mas não em larga escala.
> Peter, 29 anos, branco, profissão indefinida, Grupo Noel.

Para Marina, o beber iniciou-se como forma de fuga da realidade, característica fortemente relacionada ao desenvolvimento do alcoolismo, determinando um desvio de Marina em relação ao modelo de bebedor ideal, mas, sobretudo, a bebida ainda aparece como fonte de descontração:

> Com 9 anos eu tinha loucura pra ter uma bicicleta, e os meus pais eram muitos pobres, e tinha a filha do vizinho que tinha uma condição melhor...quando chegou no Natal, o Papai Noel trouxe a bicicleta pra filha do vizinho e não trouxe pra mim, *e eu fiquei muito frustrada*, eu era uma menina muito tímida também...Eles faziam o almoço de natal, regado com muito vinho... então foi onde eu tomei o meu porre.
> (...)
> Nossa! *Eu ficava alegre, ficava desinibida, ficava mais simpática, conversava*, então a minha timidez ia tudo embora. Namorava, quando comecei a namorar, e foi assim que começou tudo...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

Em Peter e Fábio o consumo de álcool e drogas estava associado, eles personificaram o denominado "dependente cruzado", isto é, usuário de álcool e drogas, conforme a terminologia do AA.

Observamos "pontos críticos" descritos por Habermas (1983) que permitiram a visualização do avanço nas trajetórias de alcoolização. Morar em um bairro com maior concentração de bares, influenciou, segundo Peter, o aumento do consumo de seu pai e a facilitou seu acesso às drogas:

> E lá na Bela Vista por ser um bairro diferente da Vila Mariana (residência atual), lá era tudo cheio de buteco, lanchonete, buteco.
> *A gente morava num lugar bom, mas era rodeado de favela. Corria muita droga, e eu fiquei mal mesmo...*
> Peter, 29 anos, branco, profissão indefinida, Grupo Noel.

Vale salientar que os fatores isolados em si, a mudança de residência, por exemplo, não determinam o avanço na trajetória de alcoolização. Uma análise do alcoolismo deve considerar todos os aspectos envolvidos, não existe um fator determinante do avanço, mas vários.

> ... Até aí eu bebia pouco, não bebia muito, bebia mais final de semana, ficava bêbada, mas era perto de casa, na lanchonete, ás vezes ficava, às vezes não, durante a semana não...
> Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

As entrevistadas, todas maiores de 35 anos, tinham o hábito de beber em casa ou na vizinhança. Tânia reforçou o fato de que não bebia durante a semana, pois, conforme seus critérios, beber é uma forma de diversão restrita aos dias e horários específicos.

Alguns estudos demonstraram que o alcoolismo feminino tem um caráter diferenciado.

Vaillant (1999) apontou a falta de dados longitudinais do uso e do abuso de álcool feminino. Quando comparada ao homem, a mulher apresenta o metabolismo menos tolerante ao álcool, seu peso e volume de sangue são menores. A oxidação gástrica é reduzida para o etanol. "... Aparentemente, os homens promovem a desintoxicação de quase 50% do álcool ingerido oralmente através da atividade mais alta de sua desidrogenase de álcool gástrica". (Vaillant, 1999: 105)

A intoxicação ocorre com a metade da quantidade necessária ao homem (absorve 30% mais álcool consumido). É mais vulnerável às complicações clínicas, sua mortalidade é maior, desenvolve doenças hepáticas em período menor. É afetada pela miocardiopatia, miopatia e lesão cerebral. A hepatite alcoólica progride para a cirrose, há inibição da ovulação, diminuição da fertilidade e problemas ginecológicos.

Portanto, o organismo feminino é mais vulnerável ao desenvolvimento do alcoolismo conforme afirmam Vianna & Monteiro (1991); Andrade et al, 1999; Laranjeira et al (1999); Simão et al (2002), Nóbrega & Oliveira, 2005 e Vargas e Zago (2005).

As pesquisas também comprovam a existência de um controle social do beber feminino, o uso do álcool e a embriaguez foram associados à socialização masculina e a mulher é maior alvo de preconceito e discriminação para Vaillant (1999); Simão et al. (2002); Mendonza (2004) e Nóbrega & Oliveira (2005).

Velho (1998) descreveu um padrão de consumo aceitável para homens e outro para mulheres, e embriagar-se é um privilégio masculino:

> ...As mulheres bebiam em proporções e quantidades muito menores, sendo muito rara a cena de uma mulher bêbada, embora estar "de pilequinho" pudesse ser considerado até como algo gracioso. Agora, tomar uma "bebedeira", "ficar de porre" era um privilégio masculino. Era comum, em reuniões ou festas, alguns homens ficarem bastantes alcoolizados, necessitando de auxílio para voltar para casa. (Velho, 1998: 68)

Portanto, esse maior controle social sobre o beber feminino ainda existe em alguma medida. Ele pode ser um dos fatores explicativos da presença reduzida de mulheres nas salas do AA.

No grupo Jardins, presenciei o seguinte depoimento de uma freqüentadora: todos os parentes e amigos sugeriam o ingresso da pessoa no AA. Ela fazia tratamento psiquiátrico e comentou o assunto com seu médico, obteve a seguinte resposta: "Por que todos ficam importunando sua vida, você é uma profissional competente, vacinada e senhora de si, qual o problema de tomar uma ou duas taças de vinho ao chegar do trabalho?" E ela pensava, "Ele nunca perguntou o que ou quanto eu bebia." Ele continuou: "Eles estão loucos, não existe alcoolismo depois dos quarenta anos... e o AA não serve para pessoas como você."

Portanto, conforme esse profissional da saúde, o alcoolismo é uma doença restrita a uma faixa etária específica e o AA é destinado a determinado tipo de pessoa, que não corresponde ao de sua paciente. Mas, nas salas de AA encontramos pessoas de origem sócio-econômica diversa e a faixa etária predominante é formada por indivíduos acima dos quarenta anos de idade.

Nesta fase a bebida apareceu como veículo da integração social plena, forneceu à pessoa os elementos necessários para a mudança de comportamento e a obtenção de uma identidade social ideal:

> ...quando eu vi uma revista, na fotografia tinha uma mulher, com uma taça de champanhe na mão, e um cigarinho na outra. Meu Deus do céu! *Pra mim aquilo era o máximo*... Linda, maravilhosa.. e eu tentava copiar...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> ..eu bebia e no outro dia eu era bem-quisto, *era aplaudido*, .. eu bebi bastante, vomitei de manhã cedo, mas tomei banho e fui trabalhar, normal. E quando foi na outra oportunidade, que foi na 5ª e fui lá e bebi de novo ... saía aplaudido, saía elogiado daquela festa ...
> *eu tinha classe, sabia me controlar enquanto eu tava bebendo*, não era tava bebendo e já caía, eu não tava assim....
> Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.

> ...Olha, na época, eu bebia por uma série de coisas... não era pelo gosto, mas *eu precisava quebrar o gelo, quebrar a minha timidez, quebrar a minha falta de informação perante os outros assuntos*, as outras áreas, a mesa, pautas de discussão... então pra participar eu teria que *entrar na roda... me introduzir* num grupo de pessoas, que eu até chamei de intelectuais e realmente eram intelectuais. Eu não conseguia atingir pela maneira normal, porque eu não tinha feito esse caminho que eles fizeram de busca do conhecimento... professores, doutores, escritores, juristas, pessoas de alto escalão... todas às vezes que eu me encontrava com as pessoas, tinha que beber bebida alcoólica.
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel

O beber foi visto como um direito de quem cumpre as obrigações, estudo, trabalho etc. Consumir álcool é um direito do homem e na atualidade da mulher que trabalha. Lembremos que Marx, em "O Capital", incluiu a cerveja entre as despesas de alimentação.

> ...mas *eu estudava, eu trabalhava*, então eu achava que eu tinha direito de tomar minha cervejinha.
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

> Ah, cheguei a passar mal várias vezes, *mas eu achava que não tinha problema nenhum*...
> Tiago, 19 anos, branco, estampador, Grupo São Lucas

Nesta etapa inicial, o álcool foi utilizado como forma de diversão e como veiculo de integração social. Alguns efeitos negativos foram observados, contudo o consumo abusivo ainda não representou interferência significativa no cotidiano pessoal.

3.1.4 Desenvolvimento

O consumo do álcool até aqui, contribuiu para a interação social e exerceu a função de modelador social. Porém, quando as complicações provenientes do avanço do processo de alcoolização começam a ocorrer, o álcool deixa de cumprir suas tarefas iniciais de mediador social e se transforma em objetivo central de todas as ações; passa a prejudicar as relações sociais, sob risco de destruição da imagem social.

As histórias descritas por Nasser (2001) foram marcadas por um momento de ruptura onde todos partiram de seus lares para fugir das regras familiares e para buscar uma vida de "aventuras" e a inserção no mercado de trabalho formal. No momento da pesquisa, os homens viviam no albergue e suas relações familiares e de trabalho estavam rompidas.

A autora revelou a existência de duas fases de contato com o álcool, não bem delimitadas, na medida em que não há um tempo fixo entre elas, nem fatores concretos que marcam a passagem de uma para a outra[19]. Em um primeiro momento o consumo do álcool contribui para a coesão social, é a válvula de escape das tensões provenientes dos ambientes familiar e de trabalho. Espaço da liberdade, do sonhar acordado, da realização plena e das pessoas livres das preocupações e dos compromissos. Seria o momento da integração, ou melhor, da identidade construída, cuja ferramenta primordial é o consumo do álcool.

[19] Nossa pesquisa aponta os momentos críticos como um dos marcadores de transição entre as etapas.

Em um segundo período, o indivíduo depara-se com o "vício" (dependência) e aquilo que antes propiciava a passagem, a intermediação entre duas posições estruturais da vida família e trabalho, portanto, contribuía para o equilíbrio e para a ligação social, agora representa a desagregação familiar e o rompimento das relações de trabalho.

Começa a ocorrer uma indistinção entre os domínios cotidianos, a bebida atravessa as fronteiras e ocupa os tempos do trabalho, em pausas permitidas ou não (onde o empregado faz pausas por conta própria para beber) e aqueles antes dedicados ao contato familiar. O prejuízo nas relações sociais foi claramente observado:

> Eu era muito discriminado, eu chegava a faltar, chegava em cima da hora (...) trabalhei no Albert Einstein, no hospital. Mas nesse emprego eu não durei muito, 4 meses, por causa da bebida.
> Peter, 29 anos, branco, profissão não-definida, Grupo Noel.

> ... eu me isolava dos meus irmãos, porque houve um afastamento por causa do meu comportamento... aí vem a *crítica da família*, então ai *você se sente meio isolada*, então eu procurava ficar quieta, no meu canto, sem me comunicar demais com as pessoas...
> (...)
> ... era um lado profissional mesmo (Marina foi gerente de loja por 10 anos), ... às vezes eu bebia dentro da loja, e ninguém percebia, cheguei a colocar *naftalina na boca*, pra ninguém perceber o cheiro... Eu tentava controlar até a noite...
> (...)
> ..várias vezes, *eu avançava nele* (marido), queria bater nele, queria medir força com ele. E ele só se defendia, agora bater, ele nunca bateu não.
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> Por volta dos 25 fui morar com a futura mãe de minha filha... (mas) começou mal, porque eu já tava me drogando, além da maconha, a cocaína, aí já me drogava né, fiquei viciado mesmo, e usava bebida alcoólica ...
> Peter, 29 anos, branco, profissão não-definida, Grupo Noel.

> Não tinha ânimo, tudo me irritava, eu tava ficando meio irritado... Discutia, porque *a bebida começa a fazer parte do dia a dia*, aí é que começa o grande problema...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

> Eu era uma pessoa que eu tinha muita resistência à bebida, mas esse dia, eu acho que eu fiz uma misturada ...às vezes eu colocava cachaça, pinga, com coca-cola, cerveja, vinho... *então eu fui dançar e caí no meio do salão ...eu devia ter uns 14 anos* ... aí eu cheguei em casa e apanhei, além de chegar mal, passando mal... e apanhei da minha mãe (tom de voz triste)...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada Grupo Jardins.

Marina, dentre os entrevistados, teve o mais rápido desenvolvimento do alcoolismo: teve o primeiro episódio de embriaguez aos 9 anos de idade, aos 14 os episódios de embriaguez se multiplicaram e aos 16 os pais forçaram-lhe o casamento. Isto é, Marina percorreu os estágios de início, desenvolvimento e auge em um período de sete anos.

O exemplo de Marina reforça a necessidade da existência de futuros estudos focados no público feminino. Apesar forte pressão social exercida sobre ela, o desenvolvimento do alcoolismo de Marina apresentou o caráter mais excepcional entre todos os entrevistados.

Desse modo observamos o meio social, seus valores e regras em ação na tentativa de conformar as atitudes individuais. Conforme os relatos afirmaram, o controle social sobre o beber abusivo da mulher é maior, em relação ao exercido sobre o homem. A pressão social maior sobre a mulher produz um padrão de consumo alcoólico, desenvolvimento e visibilidade do alcoolismo diferenciado.

A mentira foi a principal estratégia de acobertamento do consumo excessivo e de suas conseqüências, tais como, comprometimento do trabalho, irresponsabilidade familiar, tentativas frustradas de moldar a imagem social etc. Esse é um dos elementos explicativos do alcoolismo.

Para Barnes (1996), o traço distintivo da mentira é a intenção de enganar. Ela pode ser de vários tipos: protetora e defensiva; autoprotetora; direcionada aos de fora ou aos mais

próximos (parentes ou amigos, etc.); nobres; de efeito terapêutico (por exemplo, placebos); para si mesmo (tipo mais comum); pseudomentiras e mentiras inofensivas e sociais.

O grau de conhecimento da verdade existente entre o mentiroso e o ingênuo afeta a avaliação das mentiras, ou seja, até que ponto um conhece ou desconhece o comportamento do outro, quanto maior à distância e o desconhecimento, maior a possibilidade de êxito.

A cumplicidade dos ingênuos é outra condição do sucesso da mentira, o tolo percebe a mentira, mas finge não perceber as pistas que condenariam o mentiroso. Os membros da família e os colegas de trabalho, nas fases iniciais do alcoolismo, contracenaram na farsa proposta pelo dependente, são seus parceiros.

Quando exigidas, as explicações foram incompletas e algumas vezes exageradas. A fala de Marina objetivava enganar os parentes e desviar o tema da discussão:

> ... *era uma verdadeira mentirosa*, eu tinha que mentir pra justificar o meu comportamento e a minha forma de beber. Um dia você acredita, saí e falei, "Hoje eu vou pra alcoólicos anônimos". Imagina... eu fui pro boteco e quando eu voltei eu falei "*Ah, eu entrei na fila do AA e justamente quando chegou A MINHA VEZ acabou as fichas*" (risos).
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins

As salas do AA não têm lotação mínima ou máxima, Marina desejava convencer os familiares do contrário. Ela teria ido até a sala, mas não conseguira entrar, deste modo, desviou o foco de discussão, pois, na realidade passara o dia inteiro no bar bebendo. Portanto a mentira apareceu como uma importante estratégia de preservação das relações.

Ainda segundo Barnes, o tipo mais comum de mentira, é aquela para si mesmo. O mentiroso realiza um diálogo interior e exerce os papéis de mentiroso e de ingênuo. Faz uma interação social interior, onde controla a transferência de informação entre o

consciente e o subconsciente e deste modo, manipula a auto-avaliação de seu comportamento.

Quando o mentiroso acredita na verdade da mentira, suas chances de sucesso são maiores. Carlos realizou esse diálogo interior e acreditava não estar bêbado, entretanto quando o ingênuo não colabora, a cena foi destruída:

> ...“será que eu bebi, será que alguém vai perceber?”, aquele pavor de ser identificado por qualquer um... Uma vez tinha uma criança perto de mim, eu tava achando que não tava bêbado, a criança falou: “mãe, corre aqui, que tem um bêbado!”
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro empresário, Grupo Noel

> A princípio ela (mãe) não percebeu, só que aí depois com o cheiro do álcool ela percebeu que eu tinha bebido... Foi ali que começou as mentiras, falava que tinha tomado só um golinho, só uma garrafinha, mas mesmo assim ela já começou a pegar no pé.
> Tiago, 19 anos, branco, estampador, Grupo São Lucas.

Para Barnes (1996), apenas os seres humanos são dotados dessa capacidade maquiavélica, isto é, capazes de calcular sua ação a partir da previsão da reação do outro. O sucesso da mentira dependerá desta habilidade de previsão. Sua utilização pode ser legítima ou ilegítima, ou seja, a inteligência maquiavélica pode ter duas finalidades, egoísta, ao esconder o consumo alcoólico durante o expediente, ou altruísta, ao ocultar a dependência e evitar o desapontamento e a vergonha da esposa e dos filhos.

Os “dependentes cruzados” Peter e Fábio, no entanto, utilizaram-se da arma de uma maneira ambígua, pois de fato demonstraram acreditar na verdade de seu embuste, realizaram o diálogo interior, e desejaram convencer-me:

> ... quando tinha acabado o meu relacionamento, a minha primeira internação, eu fiquei mal, mal mesmo, aí tive que me internar ... depois de uma temporada, outra internação, fiquei mal de novo, só pensando nela, e nela e nela. Pensando porque ela me deixou. Aí teve a terceira internação, essa já foi pra aliviar, *aí nunca mais*. Comecei a trabalhar, tudo direitinho, *parei de beber*...
> Peter, 29 anos, branco, profissão não-definida, Grupo Noel

> ... o meu Deus está no meu coração, na minha mente, eu vivo esse Deus a cada momento ... *(es)tou sóbrio* porque cada vez mais Ele penetra em mim...
> Fábio, 65 anos, branco, produtor de TV aposentado, Grupo Jardins

Os dois relataram, contudo, recaídas em diversos momentos das entrevistas.

O indivíduo compreende sua dependência, como uma forma de inadequação à realidade social (Goffman, 1998), desse modo, corre o risco de não ser aceito, para evitar tal fato, faz uso da mentira. Talvez a intenção maior dessa estratégia seja o autoconvencimento do fato irreal, como meio de preservação da identidade.

Vaillant (1999) propôs elementos que especificam a destruição da imagem social, as incapacidades sociais da PDS, fatores citados por nossos entrevistados.

A PDS (*Problem Drinking Scale* - Escala do Beber Problemático) detalha a evolução do alcoolismo e o define o a partir dos problemas decorrentes do uso abusivo.

Os indicadores da PDS são reclamações de empregadores; perdas múltiplas de empregos indolência ou licença de saúde no trabalho; reclamação da família/de amigos; problemas matrimoniais; detenção relacionada ao álcool; três ou mais detenções relacionadas ao álcool; problemas médicos; problemas médicos múltiplos; diagnósticos por clínicos; tratamento clínico; hospitalização; visita ao AA; três ou mais visitas às clínicas; dois ou mais apagamentos; tentativa frustrada de parar o uso; tremor matinal por falta da bebida e admitir problemas com o controle.

Embora os elementos citados na PDS sejam característicos da fase da dependência, na realidade, é sua quantidade que determina a posição individual na trajetória de

alcoolização. Desse modo, quanto mais fatores presentes, mais o alcoolismo se aproxima de sua fase crítica.

Os problemas de saúde acentuam-se nessa fase, delírios e internações são observados, homens e mulheres procuram auxílio médico quando este lhes parece necessário. Os primeiros preferencialmente buscam hospitais, as outras procuram tratamento na farmácia, ou com profissionais conhecidos. Segundo Marina, os hospitais públicos não tratam o alcoolismo de modo adequado:

> E eu já tinha as pessoas que me davam injeção, pra desintoxicar, glicose, tinha um farmacêutico que era alcoólatra também, que me ajudava...
> E com a enfermeira...então era a coisa mais fácil que tinha, tomar uma injeção quando eu começava naquela fase de não parar nada no estômago.
> Os hospitais não têm tratamento adequado para o alcoolismo: "eles te dão lá uma "injeçãozinha", um "sossega leão", te dão uns comprimidos, te dopam, ...E as clínicas particulares não atendem conveniados, é preciso empregar muito dinheiro para obter um tratamento adequado.
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

Nas entrevistadas o consumo de álcool continuou durante a gravidez:

> "Aí ela nasceu (segunda filha), eu bebi os nove meses de gravidez".
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas

> "bebia na gravidez, nunca aconteceu nada com os meus filhos[20], meus filhos tão tudo aí forte".
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins

Temos, então, a passagem de uma situação de controle, do beber como diversão, ao descontrole e ao beber como necessidade, diversas vezes ao dia, vários dias por semana. Os pontos críticos (morte dos pais e do marido) delimitaram o avanço na trajetória de alcoolização e demarcaram a passagem do desenvolvimento para o auge do alcoolismo:

[20] Marina teve quatro filhos.

> Um pai que eu admirava, um pensador, muito estudioso, leitor,... mas de repente eu perdi meu pai, ele teve uma tuberculose.
> Eu só fui desenvolver o gosto pela bebida, quando meu *pai morreu*[21].... Com 19 anos *eu fui trabalhar*, porque ele morreu, eu tive que trabalhar, pra estudar e pra sustentar a família...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

> ...mas aí meu ex-marido, começou a aprontar comigo e eu comecei a beber... Aí eu comecei a beber, *beber pra esquecer*.
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

O casamento surgiu como "tábua de salvação" para conter o avanço do alcoolismo, ocorreu por iniciativa pessoal ou forçada pelos pais, no caso feminino. A autonomia de decisão durante o processo de alcoolização apareceu como privilégio masculino:

> ... e pensei: eu *tenho que parar de beber senão eu vou morrer*, aí eu falei "*eu vou casar, senão eu vou morrer*".
> Arrumei uma casa, trouxe essa menina, ela tinha 16 anos, e eu tinha 22 anos. Tava trabalhando, eu nunca parei... aí eu cheguei pra minha esposa, já aqui em São Paulo, e eu falei pra ela (silêncio) "A partir de hoje, eu não vou beber mais", logo que eu cheguei, porque você não merece sofrer, prometi um monte de coisas... passamos seis meses...
> Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.

> Eu *fui forçada a um relacionamento* que eu não suportava. Eu queria outra coisa pra minha vida, eu queria estudar, eu queria ir pra cidade grande. Então aí eu passei a ser dona do meu nariz, com 16 anos.
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

[21] Carlos cursava Engenharia em período diurno, começou a trabalhar no jornal à noite após a morte do pai. Neste emprego passou a conviver com o grupo de intelectuais e a freqüentar os bares na companhia deles.

3.1.5 Auge do Alcoolismo

O alcoolismo alcança seu ponto crítico, a etapa é marcada por perdas que afetam diretamente as relações sociais de trabalho e familiares.

São comuns os apagamentos, isto é, quando sob efeito de álcool a pessoa perde parte dos sentidos, mas permanece acordada e realiza ações das quais não se lembra. As ocorrências mais comuns foram acidentes de trânsito, envolvimento com a polícia e agressividade. Esta é a fase do amplo "descontrole":

> Esse tipo de problema: apagamento, você bebe e esquece o que aconteceu no dia seguinte, o que falou, se pagou conta, se falou besteira, se não falou besteira. Apagamento, batida de carro, desastre mesmo, caí dentro do rio Tietê, batida, isso foi em 1970. Mais recente também bati o carro, passei no sinal vermelho, eu tava chumbado, o ônibus veio, podia até ter me matado.
> Douglas, 64 anos, branco, músico, Grupo Jardins.

> ... Então começou a ter vários problemas, com a minha conduta ... Aí eu comecei a ficar preocupado, porque eu *perdi o controle*, de uma hora pra outra, antes eu tinha controle em mim, e depois de uma certa idade, de tempo de consumo de bebida alcoólica, comecei a perder o controle sem perceber... fazer coisas que eu não sabia que estava fazendo, *um autômato, quando alcoolizado*, eu tinha 35, 40 anos...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel

> *Eu joguei minha filha no chão*...aí eu lembro que eu tava jogando dominó e tomando caipirinha, e ela (filha) começou a chorar, aí eu lembro que na minha cabeça, me veio que eu queria pegar ela no colo pra fazer carinho, e não judiar, aí eu não lembro o que aconteceu depois disso... na hora eu pensei, uma hora eu mato um dos meus três filhos e sem saber como, porque ela podia ter batido a cabeça numa quina... mas mesmo assim eu não consegui parar, continuei bebendo ....
> Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

> *Perdi meu trabalho*, tive que trabalhar em outra firma de segurança... Muita perda, de serviço, de emprego, de namorada, de boas relações (...) muita perda, muita briga, muita violência.
> Peter, 29 anos, branco, profissão não-definida, Grupo Noel.

A bebida tornou-se a principal e a única razão da participação nos eventos sociais, a festa transformou-se em sinônimo de consumo de álcool:

...porque eu ia pros eventos antes pelas pessoas, pelo evento, tinha o maior prazer possível, *mas depois da dependência* eu não ia mais por isso, *eu ia porque tinha bebida alcoólica de graça*, e eu procurava sempre uma função que me deixasse próximo à bebida alcoólica, ou na compra ou na distribuição, eu gostava porque tinha bebida alcoólica gratuita, alguém ia pagar, *porque eu ia estar lá pra beber a vontade*...
Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

No trabalho ocorreu a demissão ou o afastamento de funções principais:

...no trabalho, eu fui assim...encostado, *me tiraram as funções principais*, me deixaram só com serviços sem muita importância, não tinha a menor importância... e eu dava razão pro grupo, porque eu não tinha condições de raciocinar, fiquei uns 10 anos afastado. Isso é muito ruim, porque eu me achei um inútil, achei que eu tava vegetando...
Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

Eles (colegas de trabalho) achavam ruim quando eu bebia muito, e começava a extrapolar, começava a querer dar ordens, querer ser melhor que os outros, prepotência, ... porque eu era infeliz, era inseguro e *eu tinha que mascarar mostrando que eu não era aquilo que eu sou*, ...
Fábio, 65 anos, branco, produtor de TV aposentado, Grupo Jardins.

O álcool ocupou o lugar da família, do trabalho e de Deus.

O mais importante na vida dele, não é nem a família, nem a esposa, e nem Deus, o álcool é o Deus dele...
Douglas, 64 anos, branco, músico, Grupo Jardins.

Meus filhos ficaram sem pai... não que eu não estivesse presente, é que eu levava pra escola, voltava da escola, pagava a escola, levava no médico, mas eu não sabia discutir com eles porque que tava acontecendo tudo isso, *era muito mecânico, eu não era participativo*. Aliás eu não queria conversar com ninguém**,** *eu só queria fazer o que tinha que fazer e sumir, dormir, me isolar, no fim fiquei sozinho...*
Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

A mulher dependente e os filhos sofreram com a violência do marido bêbado:

>]
> ...Nossa, eu apanhei muito, muito, muito... quando ele (marido) chegava bêbado, as meninas iam dormir tudo com o meu avô, porque tinha medo, porque *ele batia nas crianças também*, principalmente no menino mais velho meu, batia muito, muito mesmo, qualquer coisinha chegava e dava tapa na cara dele...
> Madalena, branca, 48 anos, sem profissão definida, Grupo São Lucas.

A situação de pobreza lançou as crianças no mercado de trabalho e as aproximou ainda mais do consumo de outras drogas:

> ...o outro (filho) de *oito anos começou a catar papelão*, começou a engraxar, aí foi indo, depois que eu vim pro AA que eu fiquei sabendo, que *a menina que tinha 8 anos e começou a trabalhar era usuária de álcool e drogas*, depois que eu vim pro AA...
> Madalena, 48 anos, branca, sem profissão definida, Grupo São Lucas.

Nessa fase as estratégias familiares para contenção da trajetória de alcoolização multiplicaram-se, englobaram desde interferências nas relações sociais, o casamento forçado, por exemplo, até mudanças do tipo de bebida ou de residência. Imagina-se que bebidas de um teor alcoólico maior contribuem para o avanço do alcoolismo, da mesma forma, mudar de residência e por conseqüência de vizinhança, afetaria de modo positivo a conduta individual e conduziria a um consumo controlado de álcool, em uma palavra, ao beber social. Contudo, as mudanças de residência transformaram-se em pontos críticos do processo de alcoolização. No caso de Marina, mudar-se para Santos-SP e de Lúcio, para Francisco Morato-SP, conduziu o desenvolvimento de seu alcoolismo ao auge:

> Eu tinha numa *faixa de 13, 14 anos* e já era um problema pros meus pais, em relação ao alcoolismo... *Eu saía e voltava embriagada* pra casa, ... pra festinha, aniversário, ia pra igreja.
>
> (...)
>
> ... Acho que na faixa dos 30 anos... E foi em Santos que foi o fim de carreira, *Santos é uma cidade convidativa pra beber, praia, sol, aqueles carrinhos de bebida na praia*, você fica a vontade, você desmaia na praia, ali mesmo você dorme, ali mesmo você levanta e começa tudo de novo ... mais ou menos isso... Eu queria parar de beber, mas eu não conseguia, era uma obsessão, era um negócio que não saía da minha cabeça.
>
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> Ah, depois dessa *mudança* (do Parque São Lucas para Francisco Morato) então, aí acabou... Eu sempre fui acostumado, pagava aluguel, mas sempre tive casa boa... tudo bem que o terreno era nosso, 10m X 30m, mas chego lá, era um *cômodo, sem luz, sem água, sem banheiro, sem nada, no meio do mato, distante da cidade... Ali foi a gota d'água, aí acordava pra beber, e bebia pra dormir...*
>
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado Grupo São Lucas.

O sentimento de anormalidade toma conta da pessoa, contudo parar de beber ainda que se queira, parece algo bastante difícil. A dependência física e psicológica submete a autonomia individual.

O álcool invade os espaços privados e os públicos, a necessidade de consumo se faz presente durante o expediente de trabalho e a presença do dependente é evitada por todos, em especial, pelos membros da família. O indivíduo está condenado ao exílio, ainda que materialmente permaneça em sociedade. Felipe, Lúcio, Márcia e Marina eram Homens-Lobo que não conseguiam se livrar da máscara, estavam socialmente mortos, conforme afirma Foucault (1999).

No auge do alcoolismo, o dependente veste a máscara de lobo, descrita por Agamben (2004) e não consegue se livrar dela, transforma-se no "homem-lobo" permanente. O bêbado caído nas ruas pode ser considerado "vida matável", lembremos a declaração dos adolescentes de classe média que atearam fogo no índio Galdino: "Nós

pensamos que era um bêbado". Na concepção desses jovens sua ação macabra não poderia dirigir-se a um índio, mas a um bêbado...

Como dissemos anteriormente, o dependente sofre um tipo de "assassínio indireto" nos termos de Foucault (1999); pois matar não significa apenas tirar a vida de alguém, mas também o fato de expor-lhe e multiplicar-lhe o risco de morte, a morte política, a expulsão, a rejeição etc.

Portanto, a posição do bêbado representa a morte social individual. A comunidade acredita em sua inutilidade e até imoralidade. Estar nessa situação é visto como fruto de escolha pessoal, a pessoa é um entrave para o grupo, um mal e todo o mal deve ser eliminado em benefício da coletividade. Mas, quem pode afirmar que jamais estará nessa condição? Um homem pode encontrar um bêbado na rua hoje e ter uma atitude de repulsa, e após alguns anos estar na mesma situação.

Deste modo, o dependente de álcool não é mais um homem no sentido pleno, pois ocupa uma zona de indiferenciação, é rejeitado nos meios sociais (família, trabalho, etc.) onde, anteriormente, era plenamente adaptado. Seu espaço social é reduzido e sua figura social é desacreditada:

> "Você não precisa bater numa pessoa alcoolizada, pode deixar que ela se bate sozinha"... Eu caía dentro de casa, eu me quebrava toda, eu me machucava toda, ficava cheia de hematoma... Eu *não conseguia parar de beber por causa do remorso, por causa da angústia, por causa do medo, da ansiedade que me dava* ... eu não era uma pessoa normal... *não era uma pessoa normal*... Foi uma coisa progressiva, até que eu cheguei no meu fundo de poço. Que eu digo que meu fundo de poço é isso, então você fica *sem saída*...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> ...chegava na 6ª feira não tinha jeito, eu tinha os amigos de firma e nós *começava a beber 6ª (feira), virava no sábado*, sábado acordava naquela agonia, vomitando verde, agarrando o vaso sanitário, aí começou a pegar. Quantas vezes eu não dei chute na minha porta, bati na parede, ofendi a minha esposa, ciúmes bobo que não existia, ela não falava nada,...
> ... minha mulher ficou grávida no ano de 90, e aí, outro filho, e eu nessas condições, já tava *bebendo de manhã cedo, já tava bebendo 4ª feira, hora de* almoço, vê como o alcoolismo aumentou ... *já entrava bêbado na firma, meio dia tomava outra*, quando era dia de pagamento, nós ia pro banco Mercantil lá na Paes de Barros e só voltava às três horas (da tarde).
> ... quando completei os 24 anos de idade, eu já não poderia mais ir na casa de ninguém, já tinha *discutido com meus familiares todos, irmã, tia, primo, irmão*... "Pelo amor de Deus Marilda, vem pra esses aniversários, mas vê se o Felipe não vem" ...
> Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.

A degradação moral acompanhou o auge do alcoolismo:

> ... uma vez eu tive um apagamento, a minha mãe chamou o resgate, na minha rua são seis casas, uma "vielinha", você imagina o resgate chegando, e eu quase nua, *quantas vezes o meu genro não me viu sem roupa, quantas vezes o meu genro não me pegou no colo e me pôs na cama***,** ele também conhecia, porque o pai é alcoólatra também...
> (...)
> ...*Aí eu tinha bebido, tanto, tanto, tanto, que no outro dia de manhã eu não consegui ir trabalhar, aí eu levantei e caí, entre minha cama e a cama da Laura (filha mais nova).* Ela chamou minha mãe, minha mãe falou: "Deixa morrer"
> (...)
> Fala do ex-marido sobre o episódio anterior: *Você está se matando, e a Laura não quer mais morar com você*. "Deixa ela" ficar lá uns nove, dez dias, que depois ela volta. Aí eu vim pra casa, só que ela não voltou até hoje, já faz três anos.
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

Lúcio tornou-se morador de rua e estava aposentado por problemas de saúde causados pelo alcoolismo:

> Em 89 veio a separação, ela falou, "Ou eu ou a pinga, não dá mais", "Eu falei, *então você vai que eu fico com a pinga*."... eu fui morar na rua, *fiquei três anos morando na rua*, é por isso que eu não sei quantas internações eu tenho ...
>
> (...)
>
> ... mas aí eu *fui perdendo a coordenação motora*, e já *foi mais difícil pra mim arrumar serviço*, ...
>
> ...Aí em 84 eu arrumei emprego de porteiro, todo mundo bebia, até o dono, então bebida pra mim lá era liberada. Eu trabalhava direito, "*eles achava" que eu trabalhava direito*... a facilidade era demais, os caras tinha muito dinheiro, eu não pagava bebida, na hora do almoço eu saía com o gerente...
>
> ...(O alcoolismo provocou a aposentadoria), porque eu peguei uma *tuberculose na garganta em 95 e me afetou a medula*.
>
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

A não percepção (ou a tentativa de encobrimento) do problema do alcoolismo e de seu impacto negativo nas relações sociais foi compartilhada por todos os entrevistados. Mesmo na fase extrema de desenvolvimento do alcoolismo, o indivíduo continuava em luta contra a identificação, não aceitava o rótulo de "bêbado", contudo este já estava encravado na pele, todos, inclusive ele, podiam vê-lo:

> Porque eu falava que não era alcoólatra, *"eu não bebo todo dia"*, não bebo todo dia, *porque não tinha dinheiro né, mas sempre que podia, que desse, eu bebia*, mas eu sempre falava, "Eu não sou alcoólica não, eu não vou lá (no AA), Madalena[22]."
>
> Tânia, 48 anos, sem profissão definida, Grupo São Lucas.

> ... porque a gente acha que não é alcoólatra, "Não imagina, eu não! *O alcoólatra é aquele homem que ta puxando carrocinha, que ta bebendo na pracinha, todo mundo pondo a boca...*, mas no fim se a gente não se dá conta, a gente vai parar aí."
>
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

[22] A entrevistada nº 9 é amiga de Tânia.

3.1.6 Recuperação

Os freqüentadores de AA não construíram uma definição própria do alcoolismo, utilizaram-se da explicação de AA, baseada nos estudos da OMS.

Segundo o AA, o alcoolismo é uma doença incurável, com possibilidade de recuperação por meio da abstinência alcoólica total e permanente. Difundir e manter a sobriedade entre os dependentes é o objetivo do AA.

Como vimos anteriormente, a progressão do alcoolismo foi comparada ao comportamento animal, macaco, leão e porco:

> ... no começo é tudo alegria, depois a pessoa fica um macaco, depois fica ... um leão... depois ele ... fica um porco, perde o controle do corpo, aí ele não consegue sentir nada, nem vontade de fazer as coisas básicas, é a fase terminal ...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel

O sucesso da terapia de AA, conforme os relatos, é devido à manutenção da possibilidade de livre escolha por seus membros. O método de recuperação baseia-se em orientações de conduta, não em proibições; representa algumas indicações gerais de conduta, válidas para todas as relações sociais, não apenas no tocante ao consumo alcoólico:

> *O AA, é a melhor*... vou chamar de *entidade pra quem quer parar de beber*, não existe terreiro de umbanda, não existe religião, não existe psiquiatra, essas entidades que eu disse são mais fracas do que o AA, o AA é mais forte.
> *No AA você se auto-sugestiona*... o AA não proíbe ninguém de beber, você bebe se você quiser, *e outra o AA é por 24 horas, não nunca mais vou beber, jamais ele pode dizer isso, ele fala "Só por hoje" ... E esse só por hoje se transforma no amanhã.*
> Douglas, 64 anos, branco, músico, Grupo Jardins.

> *... todas as respostas que eu preciso eu encontro através do Doze Passos ...* nos Doze Passos, nas Doze Tradições eu pego toda a experiência de lá, porque é um programa sábio *... te dá estrutura pra resolver qualquer coisa ...* eu tenho problemas como todo mundo, mas resolvo com muita facilidade, tento ter muita serenidade.
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

Para Carlos, na atualidade, é comum a forma de "dependência cruzada", isto é, a utilização de álcool e drogas. Peter e Fábio exemplificaram esse tipo.

> O AA me pôs na realidade, me colocou no meu real lugar, perante a vida, perante os outros.
> (...)
> ...e hoje está *muito difícil encontrar o alcoólico puro como eu*, porque os jovens chegam muito mais próximos de outras drogas e eles revelam que eles chegam através do álcool, o álcool é a porta de entrada, eles não conseguem consumir outras drogas se não tiverem tomado uma dose de bebida alcoólica, ... *como o alcoolismo pode ser detido e o AA* prova isso, *todos os outros problemas podem* (ser detidos a partir de AA) começar pelo AA.
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.

Três gerações da família foram auxiliadas pelo AA: avô (falecido), pai (Lúcio) e filho (Tiago):

> Quer dizer, aquilo que o meu pai falava, não era em vão, meu pai tava com 75 anos de idade, e falou, "Eu preciso manter essas portas abertas, eu não sei se eu tenho, filho, neto que vai precisar..."
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

O momento da busca pela recuperação no AA, em geral, foi condicionado pelos parentes próximos. Foi impulsionado pelo risco de perdas familiares (por exemplo, guarda dos filhos), pelo isolamento nas relações e pela incapacidade ou impossibilidade de trabalho. O ingresso foi determinado por problemas de saúde em menor proporção.

...Eu não conseguia arrumar namorada ...porque eu tava sempre atrás de outras coisas. Muito orgulho, muita prepotência, arrogância (...)
(A mãe[23] o levou para AA)... Porque eu estava morto... Com 45 anos, eu me sentia já morto, morto! *Não conseguia mais respirar, ... era ansiedade! É pânico!* Que eu não me tratava, eu não queria saber de mim, é auto destrutivo, eu me auto destruía, ... sem percebimento, porque *o alcoolismo é a doença da falta da percepção da própria realidade*...
Fábio, 65 anos, branco, produtor de TV aposentado, Grupo Jardins.

... cheguei à reunião (AA), tinha tomado uns conhaques... passado 27 dias eu vi que *o negócio tava feio, faltando a carne, o alimento pros meus filhos*, só que chegava no boteco tinha que cortar aquela carne pra fazer petisco pros bêbados beber junto comigo, e aquilo me tocou... e aí eu cheguei no Parque São Lucas, uma 6ª feira meio chuvosa, foi no dia 30 de maio de 91, e naquele dia eu ingressei de novo, ... e no dia 4 de setembro essa criança nasceu, menino forte com quatro quilos e 200 gramas, e eu recebi ele sóbrio, já tava no AA, de lá pra cá, até hoje eu só colhi coisas boas...
Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.

Meu atual marido, ele que me trouxe para AA (afirmava não ter condições para procurar o AA sozinha, porque "vivia bêbada").
Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

Não fui eu que decidi, *foi meio uma pressão da minha mãe e do meu pai*, ...foi o fato de eu estar usando drogas, aí ela procurou o meu pai, foi em casa e ficou aquela pressão na minha cabeça...
...mas mesmo assim eu achava que era besteira que eu ainda tinha muito que curtir.
Eu ouvi os depoimentos e aceitei o programa. Tinha avisado na minha casa que eu ia voltar no domingo, mas decidi ficar...
Tiago, 19 anos, branco, estampador, Grupo São Lucas.

Foi o exemplo da Madalena, aí ela veio pro AA...Eu vi que ela mudou, porque a gente bebia, não se cuidava muito, aí eu comecei a ver, notar que ela se cuidava, aí eu vim...
Tania, 48 anos, morena, sem profissão definida, Grupo São Lucas.

Eu ingressei agora firme em 2004, eu *tive uma varize no esôfago* em 2002, *sangramento pela boca*, fiquei muito ruim, fiquei internado. Daí, tentei trocar de marca, que eu achava que era a cachaça (referia-se ao mal causado pelo tipo de bebida e não ao beber em si) que me fez isso, "vou tomar só cerveja" em 2004 me deu novamente, aí aquele processo. *Fiquei desenganado pela medicina*...
Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

[23] Falecida em 1998.

A percepção da dependência pode ocorrer na fase inicial ou durante desenvolvimento. Tiago procurou AA, ainda que pressionado pelos pais, no início de seu alcoolismo.

Essa percepção, em geral, ocorreu quando o indivíduo observou o prejuízo que seu padrão de consumo causou às suas relações sociais. Contudo, esta percepção, entre os freqüentadores de AA, em geral parece ocorrer tardiamente, pois a maioria dos freqüentadores nas salas de AA visitadas era maior de 40 anos e apresentava sinais de dependência instalada. Tiago (19) foi o membro mais jovem em recuperação encontrado nos grupos; Peter (29) apresentava recaídas e a moça de 25 anos do Grupo Jardins, sequer conseguiu dar seu depoimento na reunião. Portanto, conforme a afirmação de Fábio, o alcoolismo também pode ser definido como a doença de falta de percepção da própria realidade.

Lúcio, no trecho abaixo, descreveu sua concepção da dependência. Não é a quantidade consumida que determina o problema com o álcool, mas a necessidade física e psicológica que impulsiona o consumo, ou seja, Lúcio referia-se aos sintomas de compulsão:

> ... se você tomar uma cerveja por dia, o dia que você não tomar aquela cerveja e você não se sentir bem, pra mim você é alcoólatra, *você tem necessidade de tomar aquela cervejinha todo dia, o dia que você não tomar, aquele dia pra você não ta completo,* daí você pode se considerar que tem problema... *Porque não é a quantidade que você bebe, é a dependência do álcool.* Tem pessoas que se não tomar uma pinga não almoça, então o cara já virou dependente do álcool.
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

A religião também apareceu como fator importante da recuperação, contudo, a maioria não freqüentava igrejas e acreditava que a permanência em AA e o Serviço[24] no grupo são componentes da recuperação.

> Nunca tive uma recaída... Então eu vejo tudo isso com muita clareza, e com muita gratidão, por isso que eu fico enfiado dentro de alcoólicos anônimos. O grande encargo de alcoólicos anônimos é trabalhar com bêbado, eu gosto de transmitir muita mensagem, eu *gosto de trabalhar nos comitês de CTO[25] do meu grupo*...
> Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.

> ...hoje deu pra estender a mão pra um filho, tem a companheira, tem um círculo de amizades fora de série. Uma pessoa que morava na rua, estar num Plantão Telefônico[26], podendo passar alguma coisa, porque eu não faço nada pra ninguém, o que eu faço é pra mim, "a única coisa que eu posso pagar o que me deram é fazendo alguma coisa por alguém". *Porque não há dinheiro que pague o que esse pessoal me fez, entendeu?*
> Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, Grupo São Lucas.

> (O Poder Superior) É Deus... só que eu penso assim na minha cabeça, de eu ser desorganizada, não dá pra conciliar AA com uma religião,..., e como eu me encontrei em AA *eu quero trabalhar, divulgar, ir no Plantão (Telefônico), e se eu me envolver na religião, eu já não vou ter tanto tempo pro AA*...
> Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

Os indivíduos reconstruíram suas relações sociais a partir da recuperação garantida pela freqüência em AA. Os mais jovens e as mulheres parecem enfrentar maiores dificuldades de re-adaptação e freqüência em ambientes onde são servidas bebidas alcoólicas. Algumas mulheres somente comparecem a tais eventos em companhia dos parentes mais próximos:

[24] "Serviço no Grupo" significa diversas atividades realizadas na instituição desde a arrumação da sala de reuniões, a participação no Plantão Telefônico ou a abordagem de dependentes que ainda não freqüentam AA. Para maiores informações vide o "Livro Azul" e toda a literatura de AA.
[25] Comissão Trabalhando com os Outros – CTO.
[26] O AA mantém um Plantão Telefônico 24 horas por dia, sete dias por semana, os membros revezam-se nessa atividade voluntária.

> *Vou a festas,* hoje eu tenho uma vida normal, *...eu não era muito ativa, era uma pessoa isolada, tímida,* isso tudo foi embora com o tratamento de Doze Passos, com o programa de recuperação de Alcoólicos Anônimos, com o tratamento dos Doze Passos as coisas mudaram. Meus filhos são meus amigos.
> ...Tudo em ordem, me dou bem com os vizinhos, não tenho atrito nenhum com as pessoas. No momento que eu sinto que eu estou errada, magôo uma pessoa, ou sinto que eles vão ficar magoados comigo, eu sou capaz de imediatamente reparar, pedir desculpa. Essa coisa toda, não deixo pra lá o que aconteceu, eu gosto de trabalhar a honestidade, o AA me ensinou a trabalhar a honestidade.
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

> Eu vou em lugares que tem bebida, teve uma festa, *tinha cerveja, tinha tudo, mas não tem nenhum problema*.
> Madalena, 48 anos, branca, sem profissão definida, Grupo São Lucas.

> *Então só em festas de família,... mas sempre com as minhas filhas junto, sozinha eu não vou...*
> Ah eu não sei, eu acho que a *bebida é uma coisa traiçoeira* sabe, de repente você pode, de tanto a pessoa insistir, insistir, insistir, você pode, sei lá, eu não sei... *De repente você pode dar uma fraquejada...* eu tenho certeza que eu (es)tando com as minhas filhas e com a Bianca (neta)...
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

Tiago não comparece a festas, acredita não conseguir se controlar, Peter e Fábio[27] apresentaram recaídas constantes e tentaram encobrir este fato durante as conversas. Não estavam embriagados durante as entrevistas, mas, ambos ainda consumiam bebidas alcoólicas, no entanto, consideravam-se sóbrios a partir do ingresso em AA:

> (Peter tem "recaídas" constantes) Eu não participo mais de festas, (...). Eu não gosto (...), porque vai rolar cerveja, eu vou querer beber, e eu não, prefiro ficar assistindo televisão em casa. Eu não vou, eu vou passar vexame, não.
> Teve um dia que eu fui lá na festa, tava todo mundo lá e *eu queria beber, beber, parecia uma "muié" doida*.
> Peter, 29 anos, branco, profissão não-definida, Grupo Noel.

[27] Os dois afirmaram-se usuários de álcool e drogas e foram os únicos com problemas de recuperação. A dependência cruzada exige estudos mais aprofundados, mas este tema não foi objeto do presente trabalho.

Encontros entre os membros de AA, fora da sala de reuniões, eram comuns apenas no Grupo São Lucas. Tiago (19) conheceu sua ex-namorada em festa de entregas de fichas[28], mas a maioria mantinha contato apenas durante as reuniões:

> *... mas normalmente é lá que a gente se encontra lá (sala de AA) ... Fora eu tenho outro círculo de amizades...*
> *Douglas, 64 anos, branco, músico,Grupo Jardins.*
>
> *...eu não venho aqui (sala de AA) pra fazer amizade*, agora eu tenho muitos amigos no grupo, que eu considero, ligo, telefono sempre, procuro saber como estão, como é... *mas não é isso o primordial...* O primordial é estar junto, e um dar a mão pro outro em qualquer fraqueza, emocional, física, mental, espiritual...
> Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, Grupo Noel.
>
> *Lá fora dificilmente um ou outro consegue criar vínculos*... Só na sala, saiu de lá ninguém se conhece, porque eles acham que é anônimo, então ter que ser separado.
> Fábio, 65 anos, branco, produtor de TV aposentado, Grupo Jardins.

Algumas pessoas do grupo São Lucas e do grupo Jardins faziam programas de lazer juntos:

> Sexta-feira nós se encontra na casa de companheiro, nós passa a noite, tomando refrigerante, comendo bolo, muitas vezes nós joga uma caxeta, joga um dominó, do grupo São Lucas sim...
> Felipe, 43 anos, moreno, borracheiro, Grupo São Lucas.
>
> Às vezes vamos jogar na casa do Lúcio[29], com os companheiros de AA...
> Madalena, 48 anos, sem profissão definida, Grupo São Lucas.
>
> A gente se reúne pra jogar baralho no final de semana. Não gosto de cinema, balada é um perigo, talvez quando eu estiver mais preparado...
> Sabe, tenho cabeça de adolescente, de vez em quando me pego pensando que é normal sair e beber...
> Tiago, 19 anos, branco, estampador, Grupo São Lucas.
>
> Com as pessoas que eu gosto eu convivo eu tanto vou na casa de companheiros, a gente vai pra passeios, a gente depois da reunião "Vamos pro Karaokê?", "Vamos pra baixada santista jantar lá?", Vamos", "Vamos fazer um churrasco?" Então eu tenho um relacionamento dentro de AA muito grande com as pessoas ...
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.

[28] Comemoração da sobriedade dos freqüentadores, na qual são entregues fichas que simbolizam o tempo de sobriedade. Os familiares dos dependentes são convidados a participar.
[29] Entrevistado nº 8

As mulheres afirmaram serem maiores alvos de discriminação e de preconceito. Suas dificuldades foram maiores na busca da recuperação, a maioria nas salas de AA é formada por homens, a própria família, em especial, os maridos (por ciúmes), dificultaram a presença das mulheres nas reuniões:

> ...*a mulher tem uma* dificuldade muito grande de chegar nos Alcoólicos Anônimos, de pedir ajuda, e eu acho que é por causa do preconceito. *A própria mulher (tem preconceito)... eu achava horrível mulher bêbada, se eu visse uma mulher bêbada, eu era a primeira a falar dela entendeu? E não olhava pra mim, sabe...*
> ... o marido que chega numa sala de AA vê um montão de homem lá, e eles querem que ela fica lá? *A própria família às vezes impede a mulher de ir pra reunião ...*
> (As solteiras), ... mas chega lá, aí resolve o problema do alcoolismo, aí vão viver a vida delas, elas fazem faculdade não tem tempo de estar freqüentando assiduamente, outras tem os seus compromissos com namorado, essa coisa toda... têm muita recaída.
> Marina, 59 anos, branca, aposentada, Grupo Jardins.
>
> ...é mais preconceito. Porque um homem beber é feio, uma mulher, nem se fala...
> Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, Grupo São Lucas.

As entrevistadas, acima dos 40 anos de idade, declararam que, em geral, não bebiam fora de casa e que disfarçavam seu beber excessivo.

3.1.7 Conclusão

No alcoolismo importa observar que as mudanças no padrão de consumo alcoólico estão associadas à interferência desse padrão nas relações pessoais e sociais, estas ocorrem muito antes de serem visualizadas de modo claro. A barreira entre consumo padrão, excessivo e compulsivo é tênue, daí a dificuldade de percepção das mudanças. Contudo, podemos caracterizá-las por meio da qualidade e quantidade das conseqüências sociais do consumo de álcool, ou seja, do prejuízo nas relações sociais. O desenvolvimento do alcoolismo inicia-se, portanto, antes de sua constatação física e social formal e, muitas

vezes, são mudanças consideradas insignificantes no comportamento social que sinalizam uma trajetória de destruição pessoal.

Inicialmente temos a influência do exemplo do consumo abusivo adulto e da ausência de regras familiares sobre o consumo infantil. O álcool é utilizado como meio de obtenção de prazer e de adequação ao meio social, não comprometendo as atividades cotidianas. Nesta fase, o beber é visto como um direito de quem cumpre suas obrigações.

Na etapa seguinte, a bebida começa a invadir espaços antes dedicados à família a ao trabalho. São comuns atrasos, consumo em horário de expediente, a negligência proveniente do abuso provoca a troca ou o afastamento de funções, demissões, discussões etc.

Apesar da presença desses sinais, a falta de percepção da existência de problemas relativos ao consumo alcoólico foi geral, e também generalizada foi a utilização da mentira como técnica de acobertamento desses marcadores.

No auge do alcoolismo o uso da bebida tornou-se o meio e o fim desejado de todas as ações, os problemas cresceram em número e grau, atingindo as responsabilidades sociais. Tentativas de contenção do avanço foram postas em ação, contudo acabaram transformando-se em momentos críticos que sinalizaram o grau máximo de alcoolismo, como foi o caso da mudança de residência para Lúcio e Marina.

Entretanto, a trajetória de alcoolização é um caminho percorrido de forma individualizada e cada caminhada é orientada por características pessoais e sociais particulares. Ressalta-se o fato de que nem todo dependente atravessa toda a trajetória de alcoolização antes de procurar o auxílio em AA ou de necessitar de uma internação para desintoxicação. Tiago,19 anos de idade, decidiu permanecer em AA por vontade própria, mas, é preciso não esquecer que é filho de Lúcio e, provavelmente, a observação da

trajetória de alcoolismo paterno pode ser um fator de auxílio na tentativa de recuperação. Marina é um caso extremo, atravessou toda trajetória de alcoolização em um período de 7 anos, aos 16 anos de idade já era dependente e somente procurou o AA após os 30 anos de idade.

Em suma, no tocante ao alcoolismo e ao modo como ele se conforma, não é possível fazer generalizações, apresentamos algumas características gerais, mas as exceções, com toda certeza, serão muitas.

Conclusão

O nosso objetivo foi o de reconstruir a trajetória individual de contato com o álcool e determinar o impacto causado nas relações sociais. As definições da medicina e da psicologia obrigatoriamente citam os determinantes sociais do alcoolismo, portanto, lançam mão de uma categoria sociológica para concretização de seus estudos específicos.

Uma explicação do alcoolismo deve ser estruturada sob três aspectos, biológico, mental e social. A vertente explicativa social proposta está fundamentada nos conceitos de socialização e identidade.

Para Dubar (2005), Habermas (1983) e Strauss (1999), a identidade se constitui durante o processo de socialização e seu caráter é inconcluso, o indivíduo vivencia diversas situações de adaptação e mudança durante toda sua existência. É um ente em constante construção, nunca é construída ou des-construída de forma plena. Durante a trajetória de formação pessoal, podem existir obstáculos que provocam a reorientação individual e interrompam o sentido positivo de desenvolvimento, ou seja, causam a concretização da identidade cindida, para Habermas (1983), deteriorada para Goffman (1998) e de caráter homogeneizador mortífero para Kaës (2003).

Para Habermas (1983), a identidade constitui-se em três estágios, identidade de sujeito, de papéis e autônoma. O alcoólatra tem sua identidade cindida, pois devido às circunstâncias biológicas e sociais, depara-se com barreiras que impedem seu pleno desenvolvimento pessoal, ou seja, o indivíduo estaciona no estágio da identidade de papéis.

Durante parte da trajetória de alcoolização, desde o contato inicial até a fase do desenvolvimento, o indivíduo busca se adequar ao meio social de modo pleno, para isso utiliza-se do álcool como modelador social, como veículo da integração social, esse é o

momento da identidade construída. Contudo, com o avanço da dependência química, as relações sociais são visivelmente prejudicadas e o indivíduo passa a utilizar todas as possibilidades de tratamento, dentre elas o ingresso em AA. Os entrevistados buscaram, por meio da utilização do programa de recuperação do AA, a reconstrução de suas relações sociais e a continuidade ao seu processo identitário.

A percepção tardia da dependência, foi encontrada na maioria dos depoimentos, pois essa, normalmente, ocorreu quando os prejuízos pessoais e sociais eram graves e numerosos. O próprio caráter de desenvolvimento do alcoolismo, etapas longas (com duração de anos ou décadas) e não facilmente demarcadas, dificultou essa percepção. Quanto mais próximo o vínculo social, maior foi a capacidade de percepção da realidade de dependência, pois foram os familiares e colegas de trabalho que auxiliaram a acobertar um padrão de consumo progressivo e recorrente, característico das fases iniciais. E, posteriormente, foram os parentes próximos que impulsionam a busca pelo tratamento, nas fases avançadas do alcoolismo.

Importa ressaltar que o rótulo de dependente não foi admitido nas fases iniciais, mesmo quando estratégias para contenção do alcoolismo (vide capítulo 3) foram utilizadas pelos dependentes ou por seus familiares. O problema foi subestimado, por isso as providências de tratamento, em grande parte, ocorreram apenas nos estágios finais de desenvolvimento. Esse adiamento permitiu a ocorrência de danos econômicos e sociais múltiplos.

O álcool inicialmente visto como forma de lazer, restrita aos dias e horários determinados, invadiu progressivamente os espaços familiares e de trabalho, dominou todo o cotidiano e interferiu na autonomia pessoal. A deterioração da imagem social foi

visualizada a partir do prejuízo social crescente, em especial, nas relações familiares e de trabalho.

Com o avanço do processo de alcoolização, o objetivo de todas as ações passou a ser o consumo de álcool e a proteção da imagem social, observou-se, também, a cooperação entre o alcoólico e seus parentes íntimos, no sentido de ocultar a dependência. O outro mantém o segredo e não presta atenção à prova. Temos a esposa que liga de manhã para o chefe e justifica a falta do marido relatando uma indisposição repentina ou a mãe que esconde do pai o fato do filho chegar embriagado, três vezes por semana em casa. A mentira, nos termos de Barnes (1996), apareceu como a técnica de acobertamento por excelência e, com isso, os indicadores das fases iniciais de desenvolvimento do alcoolismo foram ignorados ou negligenciados.

Percebeu-se, também, nos depoimentos, que os padrões de consumo alcoólico e as formas de tratamento do alcoolismo foram diferenciados conforme características individuais, biológicas e sociais.

Assim, a preocupação com a exposição pública da imagem foi fortemente relacionada aos indivíduos das classes sociais elevadas. Ainda que procurassem o tratamento nos grupos AA, situação de anonimato foi valorizada ao extremo. O grupo Jardins caracterizou-se pela aversão à exposição pública, na realidade os freqüentadores de maior poder aquisitivo estavam preocupados com a manutenção de sua imagem e demonstraram não aceitar a idéia de estar associados à dependência.

Da mesma forma, foi no grupo Jardins que as atitudes individualistas se mostraram mais acentuadas, pois seus freqüentadores evitavam o contato com pessoas de fora (no caso o meu contato para conversas e entrevistas) e, mesmo àquelas do interior do grupo, a

convivência se restringia às reuniões ou aos encontros referentes a elas. Enquanto no grupo São Lucas as pessoas compartilhavam atividades de lazer nos finais de semana.

Pudemos observar, ainda, que a situação sócio-econômica influenciou o tempo de desenvolvimento da dependência alcoólica, de maneira que melhores condições econômicas determinaram o maior acesso às diversas formas de tratamento e um desenvolvimento do alcoolismo mais lento.

Uma outra constatação importante diz respeito às mulheres entrevistadas. Segundo elas, o beber excessivo feminino foi alvo de controle social maior. Alguns trabalhos, como os de Nóbrega & Oliveira (2005) e Simão *et al* (2002) também apontam a baixa tolerância e o maior número de regras direcionadas ao beber feminino.

Dessa mesma maneira, os dados de nossa pesquisa evidenciaram que a pressão social, no sentido moral, pareceu ser maior sobre a mulher e esse controle social diferenciado produziu diferenças no padrão de consumo alcoólico, no desenvolvimento e na visibilidade do alcoolismo.

A maior participação feminina no setor produtivo parece contribuir para o aumento do número de mulheres que se tornam alcoólicas. As sociedades tradicionais latino-americanas, tratadas nos estudos de Mendonza (2004) e Soldera (2004), experimentaram mudanças significativas nas últimas décadas, a mulher, progressivamente, ocupou papéis tradicionalmente masculinos e sua condição de submissão e dependência passou por uma grande modificação. Como o álcool, nas camadas populares, foi citado como forma barata de eliminação da tensão e busca de prazer, também entre as trabalhadoras começou a aparecer o discurso de que “beber é um direito de quem trabalha e cumpre as suas obrigações”.

Segundo a pesquisa de Florence Kerr-Correa, a mudança do papel da mulher na sociedade contribuiu para o seu consumo elevado de álcool. Ela comparou o padrão de consumo feminino em Botucatu, SP e em Rubião Júnior, SP, cidade menor e de nível sócio econômico e cultural mais baixo. Constatou que o consumo de álcool em pequenas doses ou exagerado era comum entre as moradoras de Botucatu, com acesso à educação e ao trabalho remunerado. (Zorzetto, 2007)

Conclui-se, portanto, que o alcoolismo feminino exige estudos aprofundados, pois como os poucos estudos existentes indicam, a dependência feminina sempre existiu e se instala com mais rapidez se comparada à masculina, e as meninas cada vez mais jovens passam a consumir álcool na mesma quantidade e qualidade dos meninos e muitas vezes os excedem.

Consideramos, portanto, que é necessário e importante realizar estudos que aprofundem as diferenças entre a população dependente, focalizando as mulheres, os jovens e, em especial, devido à escassez de trabalhos sobre o tema, as pessoas de “alta classe”.

As sociedades possuem valores de identidade gerais, que se modificam através do tempo. Esses padrões, ainda que não estabelecidos de modo firme, projetam-se na vida cotidiana. Isto é, de modo mais ou menos claro, a época e o lugar ditam o “dever ser” individual.

Portanto, toda conduta social é orientada por duas dimensões, os valores culturais objetivos (ou as expectativas do “outro”, expressas na forma de regras explícitas ou subentendidas) e as atitudes ou tendências subjetivas (expectativas do “eu”). Acredito que a combinação dos dois elementos determina o ato de beber.

ANEXO I
Questionário

GRUPO_____BAIRRO _____ DATA ____/____/____
QUESTIONÁRIO Nº _____

Os dados deste questionário serão incorporados à minha dissertação de Mestrado, com a total garantia de anonimato aos participantes.
Dentre os questionários serão escolhidos (as) os entrevistados (as).
Caso concorde em ser entrevistado(a), favor deixe nome e telefone para contato posterior.

Nome (Opcional)_____
Telefone (Opcional)_____

1 - Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

2- Idade: ( ) anos

3- Cor:
( ) branca ( ) morena ( ) preta ( ) amarela

4- Estado Civil:
( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) união estável ( ) separado
( ) divorciado

5- Local de nascimento (<u>responder os itens a, b,c</u>):
a) ( ) zona rural ( ) zona urbana
b) cidade _____ estado_____ país _____
c) tempo de residência na cidade de São Paulo _____

6 – Reside em (<u>responder os itens a, b</u>):
a) ( ) casa ( ) apartamento
b) ( ) própria ( ) alugada ( ) de parentes ( ) emprestada
( ) outros _____

7- Escolaridade:
( ) Analfabeto
( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Fundamental Incompleto (até que série? _____)
( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Médio Incompleto (até que série?_____)
( ) Superior Completo
( ) Superior Incompleto (até que série?_____)
( ) Pós Graduação

8- Fala outro idioma?
( ) sim – qual (is)? _____ ( ) não

9- Profissão _____

10- Está empregado (a)?
( ) Sim ( ) Não ( ) Aposentado

11- Se sim, em que você trabalha?

12- Se não está empregado(a), há quanto tempo está desempregado(a)?
_____

13- Qual sua renda mensal? Em salários mínimos.
( ) menor de 1 ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) maior que 6

14- Já foi internado(a) para desintoxicação?
( ) sim – quantas vezes? _____ ( ) não

15- A que fator você atribui sua aproximação com o álcool?
( ) influência de amigos/familiares
( ) mídia
( ) problemas pessoais, de trabalho, amorosos
( ) outro – qual? _____

16- Qual sua idade de início e de aumento do consumo de álcool? (responder os itens a,b)
a) Início:____ anos b) Aumento:____ anos

17- O que o álcool e/ou seu consumo significava para você?
( ) afirmação pessoal
( ) determinado estilo de vida
( ) estar com amigos
( ) relaxamento/bem estar
( ) prazer
( ) outro- qual?_____

18- Tem ou teve algum parente próximo cujo consumo de álcool é ou era abusivo?
( ) sim – qual ?_____ ( ) não

19- Teve algum envolvimento com a polícia devido o abuso de álcool (ex.: acidente, briga doméstica etc)?
( ) sim – qual? _____ ( ) não

20- Tem ou teve algum problema de saúde decorrente do uso de álcool?
( ) sim – qual? _____ ( ) não

21- Tem religião?
( ) sim – qual?_____ ( ) não

22- Qual motivo determinou seu ingresso em A.A.?
_____

23- Teve alguma recaída?
( ) sim ( ) não

24- Há quanto tempo freqüenta este grupo? _____

Obrigada por sua contribuição à minha pesquisa

ANEXO II
Roteiro de Entrevistas

- Informação sobre a família
  - pai, mãe, irmãos (local de nascimento, escolaridade, profissão, religião)
  - consumo de álcool –avós, tios (hábitos de consumo de álcool – em que ocasião?)

- Infância
  - relação com os pais/parentes próximos/amigos/vizinhança
  - parentes com consumo abusivo (influência)
  - escola – onde, que tipo, problemas nas relações pessoais e com o álcool

- Adolescência/Juventude
  - relação com os pais/parentes próximos/amigos/vizinhança/bairro
  - parentes com consumo abusivo (influência)
  - escola, até universidade

- Vida Adulta
  - casamento, nascimento de filhos/trabalho
  - relação com cônjuges/filhos/amigos/vizinho

- contato inicial com o álcool

- aumento abusivo do consumo de álcool – Em que situações?

- carreira profissional (problemas com a bebida)

- eventos sociais (atividades de lazer, festas, cerimônias)
  - descrição anterior e posterior à dependência

- envolvimento com a polícia (descrever)
  - descrição anterior e posterior à dependência

- relação entre religião e recuperação (grupo localizado em igreja católica, centro espírito, paga aluguel?)

- significado de AA – Que situação ou acontecimento fez com que procurasse AA? O que o AA mudou em sua vida?

  - A participação em AA contribui para a superação dos problemas com a família/vizinhos/amigos/trabalho? De que forma?
  - Reconstrução das relações familiares e de trabalho, a reconstrução da identidade – ressocialização
  - A sociabilidade nos grupos de AA, em que AA contribui para retomar laços sociais. As pessoas se encontram fora dali?

ANEXO III
Síntese das Entrevistas

Entrevista nº 1 – 12/08/2006

Peter, 29 anos, branco, profissão não-definida, entrevistado em sua residência, Vila Mariana

Peter é formado em técnico agrônomo, na Universidade Federal de Minas Gerais, mas não exerceu a profissão em nenhum momento da vida. Pretende estudar Geografia e dar aulas.

Sua família é católica, os pais nasceram em Lima – Peru. A mãe é socióloga e o pai encarregado de manutenção, técnico em eletrônica. Uma irmã é bancaria (economista), outra socióloga (trabalha com marketing e estatística) e o irmão é estudante do ensino médio.

Os pais vieram para o Brasil por causa da Guerra Civil em Lima. Peter tem registro nacional de estrangeiro, não se naturalizou brasileiro devido à burocracia, a família está na mesma situação, as irmãs pensam em naturalizar-se. Peter veio para o Brasil com 10 anos de idade.

Os avós trabalharam com alfaiataria. Teve uma infância tranqüila e feliz.

O contato inicial com o álcool foi no campus da universidade.

Em seu discurso o trabalho aparece como elemento reforçador da dignidade pessoal, a sua e a do pai dependente.

Quanto ao uso da bebida, suas idéias são contraditórias, ora admite não poder voltar a beber, ora afirma que poderia beber socialmente. Apresentava recaídas constantes, omite esses fatos da namorada atual.

Aponta sua fraqueza emocional como uma das causas de seu beber problemático. Apresentou problemas causados pelo alcoolismo, embora contornáveis, nos estudos. Sua vida profissional é intermitente, foi demitido várias vezes por causa do álcool. Também foi dependente de drogas, maconha e cocaína, não faz referências a elas na atualidade.

Entrevista nº 2 – 02/09/2006

Douglas, 64 anos, branco, músico, entrevistado em sua residência, bairro Vila Formosa.

Pais nascidos em Minas Gerais. O pai era pedreiro, porém quando estava embriagado não trabalhava. O consumo de álcool era comum entre os avós paternos italianos, os avós maternos, portugueses, não consumiam álcool. A mãe sustentava os filhos. Perdeu três irmãos em decorrência do alcoolismo. Apresentava recaídas (consome bebida alcoólica ocasionalmente de modo abusivo, mesmo freqüentando AA).

O trabalho aparece como um importante fator de determinação da normalidade social, ou seja, as pessoas devem cumprir suas obrigações, suas responsabilidades financeiras, para depois terem acesso à diversão, mesmo que esta se dê por meio do consumo abusivo de álcool e cause algum inconveniente (brigas, por exemplo). O trabalho aparece como componente fundamental da dignidade pessoal no discurso do boêmio, devido, talvez, à sua origem humilde. Cita e existência de “tipos de alcoólicos”: alcoólico crônico (compulsivo), alcoólatra psicopata (predomínio da ausência de sentimento, de consciência),

O álcool exerce forte influência nas ações pessoais, parece comprometer a autonomia individual, mas ao mesmo tempo corresponde aos anseios da pessoa, isto é, estar entrosado no ambiente noturno. Ele é quase um personagem na fala. (“ele iria me encaixar”), é o

veículo da adaptação no ambiente de diversão. Relaciona o consumo de álcool e a diversão. Quando embriagado o tio tocava instrumentos musicais, o pai cantava, Douglas canta em Karaokês (nem sempre embriagado), contudo o álcool aparece em sua fala, como um multiplicador do prazer e da diversão noturna.
Segundo Douglas as salas de AA estão localizadas junto às igrejas católicas porque nelas se encontra grande número de sofredores, por exemplo, dependentes de drogas. Estas pessoas podem buscar na igreja algum tipo de ajuda e a sala de AA é uma alternativa importante.
O termo alcoólatra é muito comum no seu relato aparece cinco vezes mais que alcoólico. Refere-se, em geral, aos períodos da "ativa" (ou seja, período de consumo alcoólico excessivo).

Entrevista nº 3 – 18/09/2006
Fábio, 65 anos, branco, produtor de TV aposentado, entrevistado em sua residência, Bairro Jardins.
Os pais de Fábio nasceram na Lituânia, vieram para o Brasil em 1927. O pai trabalhou como garçom e vendedor. A mãe foi babá, arrumadeira e manicure. Ambos não freqüentaram a escola, contudo o pai aprendeu a ler e a escrever por conta própria. A mãe era muito religiosa, católica, o pai não se importava com religião.
Nasceu no bairro de Jardins. Aos 6 anos de idade a mãe foi internada em hospital psiquiátrico, acometida de esquizofrenia, Fábio permaneceu na casa em Jardins, pois estudava na Escola Britânica, sua irmã foi confiada aos cuidados de parentes em outro bairro.
O pai educou os filhos com severidade, com surras, entretanto quando alcoolizado era amoroso e carinhoso.
Consumiu álcool pela primeira vez, entre os cinco e sete anos de idade, nas festas de família, oferecido pelos parentes mais velhos, o aumento do consumo e a percepção dos problemas acorreu aos 18 anos de idade
Não teve relacionamentos afetivos estáveis, segundo suas palavras, "não cresceu emocionalmente", fato, em sua concepção, originado da não convivência com a mãe na infância e elemento propulsor do desenvolvimento do alcoolismo. Trabalhava como produtor de televisão, além do álcool, consumia maconha e anfetaminas para manter-se desperto.
Segundo ele, o alcoolismo traz seqüelas: agressividade e prepotência; é uma doença e uma deficiência. A utilização do vocabulário particular da medicina é predominante nas falas dos entrevistados. Definições e dados da OMS são constantemente citados como elemento de legitimação dos discursos.
O consumo de álcool acabava com sua inibição e com seu medo de conviver com os outros. Fábio considerava-se uma pessoa infeliz e insegura, o álcool mascarava essa realidade e alcoolizado, "ele demonstrava ser o que não era".
As dificuldades de relacionamentos afetivos e o avanço da dependência, provocaram o ingresso de Fábio em AA.
Quando a sobriedade foi garantida os laços familiares e sociais foram retomados ou construídos.

Entrevista nº 4 – 18 e 25/09/2006

Carlos, 56 anos, moreno, engenheiro aposentado e micro-empresário, entrevistado no Grupo Noel.

Os pais de Carlos nasceram no interior de São Paulo, vieram para a capital após seu casamento e ele nasceu 2 anos depois, tem uma irmã. O pai era jornalista e a mãe, dona de casa. Os avós maternos eram fazendeiros, e tiveram nove filhos, família foi unida. Produzia o vinho consumido. O avô paterno era professor universitário.

Carlos tem profunda admiração e carinho pelo pai, dependente de álcool.

O pai era jornalista renomado. Sofreu perseguição política por defender os direitos civis e estar sempre presente aos movimentos pela liberdade, contrários à Guerra e posteriormente, à Ditadura Vargas.

A família sofreu as privações da 2ª Guerra Mundial, faltava luz, água, comida, tudo era cotado, a situação era de incerteza. O pai falava alemão, era correspondente de um jornal alemão, foi proibido de falar o idioma e interrogado. Em seguida sofreu as pressões do Estado Novo, devido à sua luta pela liberdade e pelos direitos.

Era um homem muito inteligente, um pai amoroso e presente, apesar do seu alcoolismo, correspondeu plenamente a todas as expectativas do filho. Segundo Carlos, o pai desenvolveu o alcoolismo nesse período, provocado pelas suas lutas e desilusões políticas.

A mãe era compreensiva e não discutia com o pai alcoolizado, Carlos não se sente traumatizado pelo alcoolismo do pai e afirma que sua família é bem estruturada e que teve uma infância e uma adolescência felizes.

Aos 15 anos, em sua festa de aniversário, teve o contato inicial com o álcool, não apreciou o gosto amargo da cerveja. O consumo tornou-se progressivo após a morte do pai, em seu primeiro emprego, aos 19 anos de idade.

Trabalhava em um jornal à noite, estudava engenharia na PUC durante o dia. Freqüentava a roda de intelectuais das humanidades (professores, doutores, juristas etc.), passa a consumir bebida de modo mais intenso para desinibir-se e burlar a falta de conhecimento em humanidades.

Divide o seu alcoolismo em duas fases, antes e depois da dependência (entre 35 e 40 anos de idade). O impacto do alcoolismo nas relações sociais foi marcado por apagamentos, perda de controle, desacato à autoridade. No trabalho foi afastado durante 10 anos de atividades importantes. Foi um pai ausente, não se comunicava com a esposa, era desonesto. Buscava apenas o efeito da bebida (desligamento e prazer), tinha medo de ser identificado como bêbado.

Procurou o AA porque não agüentava mais a dor e o sofrimento.

Religião significa religar o homem com o Poder Superior, Deus para Carlos.

Em AA busca o auxílio mútuo a partir da "terapia do espelho"[30], não amizades.

Para Carlos o alcoolismo é "uma doença progressiva e incurável, que leva à loucura ou à morte prematura". (frase repetida por todos os entrevistados, referência a definição da Organização Mundial da Saúde). É uma doença da família, e esta não sabe lidar com o problema.

[30] A partir do depoimento dos companheiros, a pessoa se analisa e consegue solucionar as próprias questões. É uma espécie de terapia de grupo. O AA e seus métodos de recuperação não são objeto deste estudo, para aprofundamento desta questão recomendo a leitura de toda a bibliografia de AA, em especial do "Livro Azul".

Apesar de reconhecer-se dependente, Carlos não permanecia 24 horas sem beber, entretanto não queria que ninguém percebesse o fato.
O álcool no início é veículo de inserção social, transforma-se em fator de destruição de relações pessoais e sociais. Os problemas surgiram na fase da dependência, após os 35 anos de idade.

Entrevista nº 5 – 25/09/2006
Marina, 59 anos, branca, aposentada, entrevistada na residência, B. Pinheiros.
Nascida e residente em Pirapozinho, Interior de São Paulo, até os 16 anos de idade. O pai era religioso, Adventista do Sétimo Dia, Marina estava em choque com os princípios religiosos do pai. O avô era alcoólatra.
Foi uma menina tímida. Aos 9 anos de idade teve o primeiro episódio de embriaguez, ocorreu pela frustração por não ter ganhado uma bicicleta no Natal (única ocasião do ano comemorada e regada a vinho na residência da família). Teve 9 irmãos.
O álcool fornecia alegria e descontração, uma foto de revista influenciou o seu consumo. Aos 16 anos os pais forçaram-lhe o casamento. Desde então, passou a beber em casa. Não aceitou o autoritarismo do marido, a violência partia dela, ele apenas se defendia.
O alcoolismo é uma doença (OMS) com 3 fases características: macaco, leão e porco. Buscou o que denomina alternativas falsas: troca de bebida, e fuga geográfica (mudanças de residência) devido à vergonha do marido. Era compulsiva e mentirosa.
Preconceito, a mulher que bebe é apontada pela própria mulher dependente; é presa fácil no bar para os homens e alvo de comentários de vizinhos (que geraram um processo judicial por agressão).
Em Santos-SP aconteceu o auge do seu alcoolismo, cidade convidativa a beber (praia, sol, barracas de bebida etc.).
Tinha uma rede de relações para desintoxicação: farmacêutico, enfermeira etc. Segundo Marina, os hospitais não têm tratamento adequado para o alcoolismo.
Sua vida profissional, aparentemente, não foi afetada pelo alcoolismo, procurava controlar o uso durante o expediente. Quando bebia durante o trabalho, chegou a colocar naftalina na boca para disfarçar o cheiro.
O ingresso em AA foi impulsionado pela saída dos filhos de casa.
Em AA encontramos poucas mulheres, pois, segundo a entrevistada é difícil a permanência de mulheres casadas, porque muitos homens estão presentes à reunião e os maridos são ciumentos, as solteiras têm outros compromissos, não freqüentam com assiduidade e têm muitas recaídas.
O fundo espiritual dos Doze Passos (Anexo IV) orienta sua conduta social atual.
Hoje sua vida é preenchida pela amizade dos filhos e pelos amigos do AA, freqüentam jantares, churrascos, KaraoKê etc.
Alcoolismo é uma doença caracterizada pelo descontrole e pela compulsão, cita a OMS.
“Só o alcoólico pode reconhecer que é dependente, só ele pode dizer”.
Utilizou os termos alcoólatra, bêbada, não utilizou o termo alcoólico.

Entrevista nº 6 – 11/10/2006

Felipe,43 anos, moreno, borracheiro, entrevistado no Grupo São Lucas

Nasceu em Pernambuco, cidade de Arcoverde, o pai era funcionário público do Estado, da UDNR (Estrada de rodagem). A mãe, dona de casa. Pais católicos, posteriormente convertidos à Congregação Cristã do Brasil. O pai sabia ler e escrever, a mãe apenas assinava o nome.

Teve onze irmãos, todos vivos, seis mulheres e cinco homens, Felipe é o mais novo. É casado e tem três filhos.

Estudou até a 4ª série, não gostava de estudar e não era tímido.

Ao beber se transformava no "super-homem", pois adquiria mais coragem e não tinha medo de nada.

Começou a beber de modo intenso aos 14 anos de idade, era dono de uma borracharia. O trabalho facilitou e permitiu o consumo intenso.

Aos 19 anos ocorreu o avanço do alcoolismo, o casamento aos 22 anos foi uma tentativa para deter o problema.

A família foi o aspecto propulsor do ingresso em AA.

A religião católica é um dos fatores da recuperação.

Para Felipe, o alcoolismo é uma doença progressiva e incurável conforme a OMS.

Podemos reconhecer um dependente de álcool pela observação de sua maneira de beber.

Entrevista nº 7 – 11/10/2006

Tânia, 47 anos, morena, auxiliar de limpeza, entrevistada no Grupo São Lucas

O pai nasceu no Espírito Santo, era coletor de lixo, a mãe era de São Paulo. Os pais e Tânia são católicos. A mãe lia e escrevia, mas não tinha tempo para ajudar Tânia em suas dificuldades na escola.

A mãe teve 10 filhos em dois casamentos.

O pai era alcoólatra e abandonou a família aos sete anos de idade de Tânia.

Aos 19 anos teve o início efetivo de seu alcoolismo, contudo, devido às dificuldades financeiras, a mãe servia suco de vinho para as crianças.

Estudou até a 8ª série, aos 18 anos abandonou a escola. Sempre foi tímida, mas não buscava na bebida um meio de desinibir-se, para ela, o álcool era uma forma de diversão.

Somente na primeira gravidez não consumiu álcool, teve três filhos.

Geralmente consumia álcool em casa, e no bar de uma comadre, concentrava os episódios nos finais de semana.

Não agredia os filhos, devido aos traumas sofridos com o pai e irmão que a agredia quando criança.

O alcoolismo avançou com a morte do segundo marido.

Teve alguns problemas no trabalho, inicialmente contornados.

Sofreu dois apagamentos, no primeiro brigou com o dono de uma padaria, após beber um dia inteiro, no segundo, jogou a filha (bebê de colo) no chão.

Ingressou no AA por intermédio do atual marido, não procurou ajuda sozinha pois acreditava não ter informação suficiente sobre AA e estava quase sempre embriagada.

"O alcoolismo é uma doença, reconhecemos um dependente, quando ele consome álcool para ficar bêbado. Mesmo que isso ocorra apenas uma vez por semana".

Um dos filhos tem problemas com drogas, outro bebe demasiadamente.

Entrevista nº 8 – 25/10/2006

Lúcio, 49 anos, branco, segurança aposentado, entrevistado no Grupo São Lucas

O pai nasceu no estado de São Paulo, a mãe em São José do Rio Pardo, interior de São Paulo. O pai era semi-analfabeto, a mãe estudou até a 4ª série do primário, não bebia. Casaram-se em São José do Rio Pardo, mudaram-se pra São Paulo aos dois anos de idade de Lúcio.

A mãe é católica, o pai era católico não praticante, Lúcio é católico.

Tiveram dois filhos, o outro faleceu em 1998 por causa do alcoolismo, enfarto fulminante e cirrose hepática.

O pai era dependente, ingressou em AA e faleceu após 9 anos de sobriedade.

O Contato inicial com o álcool foi entre os 13 e 14 anos, em festa com amigos. Apreciou o efeito, Lúcio ficou desinibido.

No primeiro casamento teve dois filhos, separou-se por causa do álcool.

A família apresenta dependência em três gerações, avô, pai e filho.

Lúcio foi internado diversas vezes e morador de rua por três anos.

A dependência teve impacto profundo nas relações familiares e no trabalho.

Procurou o AA por problemas de saúde.

Para Lúcio, o alcoolismo é uma doença incurável, seu reconhecimento se dá pela dependência em relação ao álcool e pelo que ele causa à pessoa, não pela quantidade consumida.

Entrevista nº 9– 25/10/2006

Madalena[31], 48 anos, sem profissão definida, entrevistada no Grupo São Lucas.

Os pais de Madalena nasceram na Paraíba, não freqüentaram a escola e tiveram cinco filhos. Aos nove meses de idade, devido a dificuldades financeiras dos pais, passou a morar com os avós.

O avô era jardineiro, a avó não trabalhava, ambos analfabetos. O avô e o pai eram dependentes de álcool.

Madalena considera que sempre foi uma pessoa tímida.

Aos 16 anos engravidou, casou-se e teve 5 filhos, apanhava do marido alcoólatra. Antes do casamento não percebeu a dependência do parceiro.

Começou a beber aos 30 anos de idade, após a morte do marido, Madalena estava desempregada e por isso, a filha mais nova (com três anos de idade) foi morar com uma tia.

Madalena não se admitia alcoólatra, pois não bebia todos os dias.

Não se mantinha em empregos fixos, após o desenvolvimento do alcoolismo.

O consumo de álcool era comum em casa, raramente freqüentava bares.

O AA auxilia principalmente no trabalho, e na ajuda aos filhos dependentes. Uma filha foi usuária de álcool e drogas e um filho de álcool, ambos estão recuperados.

Para Madalena o alcoolismo é uma doença.

[31] Casada com Lúcio (entrevista nº 8)

Entrevista nº 10 – 01/11/2006

Tiago[32], 19 anos, branco, estampador, entrevistado no Grupo São Lucas.

O pai nasceu em São José do Rio Pardo-SP, estudou até a 2ª do ensino médio, aposentado devido ao alcoolismo. A mãe nasceu em Dracena-SP, estudou até a 6ª série do ensino fundamental e é ajudante de laboratório. Ambos são católicos, Tiago, também.

Os tios dos dois lados da família abusam do álcool.

Tiago nasceu no bairro da Mooca, São Paulo, SP e depois mudou-se para Francisco Morato. Vive com a mãe, as irmãs e o padrasto, nenhum deles apresenta consumo abusivo. Os pais são divorciados.

Considera-se uma pessoa tímida, bebia para mudar de humor. Não acredita que sua dependência foi influenciada pelos parentes alcoólicos.

Aos nove ou dez anos de idade, teve o primeiro episódio de embriaguez, por curiosidade, consumiu cerveja em festa da família, juntamente com seu primo.

O consumo progressivo deu-se principalmente nas festas de família e na escola.

Foi dependente "cruzado", álcool e drogas (maconha e cocaína).

Terminou o namoro recente porque a moça não acreditava em Deus.

Procurou auxílio por pressão dos pais, acreditava que não tinha problema algum. Decidiu freqüentar o AA por livre-vontade, embora não acreditasse no programa. Ingressou no grupo pensando que não era dependente.

Afirma que por ser jovem, a manutenção da sobriedade é mais difícil. Em alguns momentos, pensa que beber e divertir-se são coisas desejáveis para si. Por isso evita "baladas", acredita serem armadilhas que podem reconduzi-lo a beber. Segundo suas palavras um maior tempo de sobriedade, fornecerá mais firmeza para, futuramente, enfrentar essas situações e manter-se sóbrio.

Para Tiago o alcoolismo é uma doença que acaba com a vida da pessoa e com a família.

Entrevista 11 – 29/11/2006

Márcia, 43 anos, branca, auxiliar de limpeza, entrevistado no Grupo São Lucas.

Pais católicos, nascidos na cidade de São Manoel, interior do estado de São Paulo. Pai marceneiro, teve por volta de dois anos de estudo em ambiente rural, a mãe foi empregada doméstica e estudou o mesmo tempo. Os avós maternos nasceram na Itália e vieram para o Brasil ainda pequenos, os avós paternos têm ascendência espanhola e nasceram no Brasil.

Os tios maternos morreram todos de câncer na garganta, devido à bebida.

O pai era diabético e gostava de beber, foi um homem muito carinhoso, Márcia demonstra muito carinho ao falar do pai, o mesmo não ocorre com a mãe.

Concluiu o ensino médio e começou a beber por volta dos 16 anos, para provocar ciúmes em um namorado que a proibia de beber.

Para Márcia cumprir as obrigações justificava a busca do prazer através do consumo de álcool.

Sempre foi uma pessoa tímida.

O desenvolvimento do alcoolismo esteve ligado a relacionamentos afetivos, namoros, casamento, afastamento das filhas. A recuperação está ligada aos laços afetivos com as filhas e com a neta.

Segundo Márcia, o alcoolismo é uma doença, reconhecemos o dependente pelos sintomas de abstinência e distúrbios de personalidade: impaciência, intolerância, nervosismo etc.

[32] Filho de Lúcio (entrevista nº 8)

BIBLIOGRAFIA

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer O poder soberano e a vida nua I.* Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2004.

ANDRADE, A. G. *et al.* Comparação entre mulheres e homens alcoolistas em relação a dados sociodemográficos e outras características relacionadas ao uso de álcool. *Revista ABP- ABP-APL* nº 12, 1990.

BARNES, J. A. *Um monte de mentira* – Para uma sociologia da mentira. Campinas: Papirus, 1996.

BAU, Claiton H. D. Estado atual e perspectives da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, nº 1 (7), jan 2002.

BAU, C. H. D. & SALZANO, F. M. Alcoholism in Brazil – the role of personality and suspectibility to stress. *Addiction.* nº 90, 1995.

BUCHALLA, Anna Paula. Para desligar o circuito do Vício. Revista Veja. Editora Abril. São Paulo, nº 20, p. 78 a 85, 2007.

BUENO, Francisco da Silva. Etiologia. In: *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. 8. ed.* Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1973.

DUBAR, Claude. *A Socialização:* Construção das identidades sociais e profissionais. Tradução Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ENRIQUEZ, E. O Trabalho da Morte nas Instituições. In: Kaës, René. *Instituição e as Intituições :* estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

FERRARI, B. T. Alcoolismo – doença sem barreiras sociais. *Revista Brasileira Clin. Terap.* nº 4 (16), abril 1987.

FOUCAULT, Michel. *Em Defesa da Sociedade.* Aula de 17 de março de 1976. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GALDURÓZ, *et al. V Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais* b*rasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP, *2004.*

GIGLIOTTI, Analice & BESSA, Marco A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 26 supl 1, maio 2004.

GOFFMAN, E. *Estigma* – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

GUAZZELLI, Vera. Drogas invadem o mundo corporativo. *Livre Mercado.* São Paulo, n. 176, pp. 30-35), 2004.

HABERMAS, Jürgen *Para a Reconstrução do Materialismo Histórico.* São Paulo: Brasiliense, 1983.

KAËS, René. O Intermediário na Abordagem Psicanalítica da Cultura. *Psicologia USP,* São Paulo: IP/USP, v. 14 (3), p. 15-33, 2003.

LARANJEIRA, R. R. *et al.* At risk drinking in primary care: report from a survey in São Paulo, Brasil. *British Journal of Addiction,* nº 84, 1989.

MASUR, J. & Jorge, M. R. Dados relacionados a bebidas alcoólicas no Brasil: uma revisão. *Revista ABP-APAL,* nº 4 (8), 1986.

MATOS, G. E. & KARNIOL, I. G. Algumas características sociais e sintomatológicas de pacientes Alcoólatras internados. *Revista Ass. Brasileira Psiquiatria,* São Paulo, nº 20 (6). 1984.

MELMAN, Charles. *Alcoolismo, delinqüência, toxicomania:* uma outra forma de Gozar. Trad: Rosane Pereira, org e revisão técnica de Contardo Calligaris. São Paulo: Escuta, 2000.

MENDONZA, Aurora Zamora. *O Uso de álcool na adolescência, uma expressão de Masculinidade*. Ribeirão Preto, 2004, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

MILAN, James R. & KETCHAM, Katherine. *Alcoolismo: os mitos e a realidade*. São Paulo: Nobel, 1986.

MORGADO, Anastácio. Epidemiologia do alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* nº 2 (34), mar/abr 1985.

NASSER, Ana C. A. *Sair para o mundo: trabalho, família e lazer na vida dos excluídos.* São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2001.

NEVES, Delma P. O consumo de bebidas alcoólicas: prescrições sociais. *BIB*, nº 55, 73-98, 1º Sem 2003.

NIEWIADOMSKI, Chistophe. Violências e Alcoolismo: abordagem biográfica em alcoologia e hermenêutica do sujeito. *Psicologia em Estudo.* Maringá, nº 3 (9), set/dez, 2004.

NÓBREGA, M.P.S.S. & OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, nº 5 (39), out 2005.

NORSTRÖN, Thor. The impact of alcohol, divorce, and unemployment on suicide: a multilevel analysis. *Social Forces,* Carolina do Norte, nº 74 (1), 293-314, 1995.

NUTT, David *et al*. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *T he Lancet*. nº 9566 (369), 24 march 2007.

PINSKY, I & SILVA, M. T. A. As bebidas alcoólicas e os meios de comunicação: revisão da literatura. *Revista ABP-APAL*. nº 17 (3), 1995.

SALES, Edir. *Álcool:* A maior droga liberada. São Paulo: Ripress, 2003.

SILVA, De Plácido e. *Vocabulário Jurídico*. Rio de Janeiro: Forense, 1994

SILVA, Marcella M. de S. Personalidade e Alcoolismo, *Ciência Hoje*, n. 72 (12), 1990.

SIMÃO, Maria O. *et al*. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo, nº 3 (24), set 2002.

SOARES, Ronaldo. O álcool e o cérebro dos jovens – as novas e assustadoras descobertas da ciência sobre o abuso precoce da bebida. Revista *Veja.* Editora Abril. São Paulo, nº 48, 2006.

SOLDERA, Meire *et al.* Uso Pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, nº 3 (26), set 2004.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e Máscaras:* A Busca da Identidade. São Paulo: Editora da USP, 1999.

VAILLANT, George E. *A história natural do alcoolismo revisitada.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

VARGAS, N. I. T. & ZAGO, M. M. F. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, n. spe v. 13, out 2005.

VIANNA, L. A. C. & MONTEIRO, M. G. Utilidade do questionário CAGE para identificação de problemas relacionados ao álcool entre as causas de mortalidade de mulheres residentes em Diadema (SP) no período 1985-1986. Revista Ass Méd *Brasil.* nº 3 (37), jul/set 1991.

VIEIRA, J. L. & Velloso B. Movidos a álcool. A droga da moda é legalizada e a idade Média da primeira dose já caiu para 10 anos. Revista Época Editora Globo, n. 241, 30 dez 2002.

WOLF, M. & GALPERIN, J. C. Alcoolismo e legislação brasileira. *Revista de Psiquiatria.* nº 4 (2),maio/ago 1982.

Internet

Global Alcohol Database: banco de dados. In: World Health Organization: *Global Alcohol Database.*
Disponível em: <htpp:www.who.int/substance_abuse/global_status_report_overview.pdf>.
Acessado em maio 2007.

Global Alcohol Database: banco de dados. In: World Health Organization: *Global Alcohol Database.*
Disponível em:
<htpp:www.who.int/substante_abuse/publications/en brasil.pdf>.
Acessado em maio 2007.