

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
MESTRADO DE ANTROPOLOGIA

**ALCOOLISMO:  
FENÔMENO DO CORPO,  
DA ALMA, DA CULTURA**

Dissertação apresentada para obtenção  
do grau de MESTRE EM ANTROPOLOGIA  
pelo curso de Mestrado em Antropologia.

VERA LÚCIA ALVES DE OLIVEIRA

RECIFE - 1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

ALCOOLISMO:  
FENÔMENO DO CORPO, DA ALMA, DA CULTURA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO  
DE MESTRADO DE ANTROPOLOGIA PARA  
FINS DE OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE  
EM ANTROPOLOGIA, TENDO COMO ORIENTADORA  
MARIA DO CARMO BRANDÃO  
VERA LÚCIA ALVES DE OLIVEIRA

RECIFE, OUT-1990

"O elemento popular "sente", mas nem sempre compreende ou sabe; O elemento intelectual "sabe"; mas nem sempre compreende e muito menos "sente". (...) O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa "saber" sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado".

(Gramsci)

Universidade Federal de Pernambuco  
BIBLIOTECA CENTRAL  
CIDADE UNIVERSITÁRIA  
50000 - Recife - Pernambuco - Brasil

A

20/02/91 160

ACERVO: 45561

IV 06

profundo do alcoolismo nas camadas populares.

A Scott e Maria do Carmo Vieira, pela leitura crítica, e sugestões apontadas, que subsidiaram o aprofundamento dos temas trabalhados.

A Ana Luiza F. Belo e Marcos Tulio Caldas por terem vivido conosco muitas das experiências relatadas, refletindo e avaliando os êxitos e empecilhos de cada etapa desse trabalho. Pelo vínculo de amizade que se estabeleceu, a partir de tantas vivências comuns.

A Alice Dourado, Diretora do Posto de Saúde Martagão Gesteira, pela calorosa acolhida e interesse pelas ações desenvolvidas. Aos funcionários do Posto que muito contribuíram para que os grupos de sala de espera acontecessem.

A Equipe de Saúde e comunidade do I.F.S., pelo apoio e pelo fortalecimento da articulação das lideranças comunitárias com o Posto de Saúde, o que facilitou o desenvolvimento de ações específicas na área de alcoolismo.

A comunidade de Milagres, na pessoa dos nossos informantes, grupo de teatro, lideranças do Conselho de Moradores, pelo investimento e colaboração nas ações desenvolvidas na área de alcoolismo.

Ao sociólogo Acioly Neto, pela assessoria na pesquisa participante, e envolvimento em muitas das ações da equipe de saúde mental do I.F.S.

A Isac Lima e Andréa, pelas valiosas sugestões e paciência na revisão dos textos.

## R E S U M O

Objetivamos com este trabalho compreender a questão do alcoolismo inserido em duas ordens de saberes: popular e científico.

Constatamos que, apenas conhecendo as representações sociais no que diz respeito a saúde, a doença, a vida, a morte, é que poderemos chegar a uma compreensão abrangente do conceito de alcoolismo, de uma classe social onde as enfermidades de maneira geral são apreendidas como "fenômenos físico-morais", e onde há uma multiplicidade de sistemas alternativos de cura.

Aprofundamos o conhecimento das representações do alcoolismo nas camadas populares em relação ao conceito, etiologia e alternativas de tratamento. A maior relevância dos conceitos de vício, e outros de ordem moral e religiosa, refletem toda uma multiplicidade de percepções, reveladoras de uma visão abrangente do alcoolismo, como um fenômeno que abarca o homem em sua totalidade.

Analisamos como o saber científico com relação ao alcoolismo é assimilado pelo meio popular, até onde se entrelaçam, sendo passíveis de articulação, e até onde se constituem saberes conflitantes.

Reavaliamos o conceito de vício, levantando a hipótese de que o mesmo venha a se constituir uma representação físico-moral de fenômeno do alcoolismo, incorporando na sua formulação o conceito de dependência e representações de outra ordem.

A partir dessas considerações buscamos uma compreensão mais abrangente da singularidade dos alcoolismos das camadas populares, o que poderá fornecer subsídios para a implantação de futuros trabalhos preventivos.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Milagres: Variáveis de Idade e Sexo .....	59
TABELA 2 - Milagres: Totais por Gênero .....	59
TABELA 3 - Milagres: Faixas Etárias de Vulnerabilidade ao Alcoolismo .....	59
TABELA 4 - Milagres: Consumo do álcool excessivo de acordo com o gênero .....	61
TABELA 5 - Milagres: Origem e Migrações .....	62
TABELA 6 - Milagres: Movimento Migratório .....	62
TABELA 7 - Milagres: População empregada por setor .....	63
TABELA 8 - Milagres e Classes de Renda .....	63
TABELA 9 - Alcoolismo e Consumo Excessivo .....	125
TABELA 10 - Alcoolismo e Gênero .....	126
TABELA 11 - Alcoolismo: Totais por Gênero .....	127
TABELA 12 - Conceitos Populares.....	128
TABELA 13 - Alcoolismo: Conceitos de Ordem Médica .....	130
TABELA 14 - Alcoolismo: Conceito de Ordem Moral .....	130
TABELA 15 - Alcoolismo: Conceitos de Ordem Psicológica....	131
TABELA 16 - Alcoolismo: Conceitos de Ordem Religiosa.....	131
TABELA 17 - Alcoolismo: Distribuição Percentual dos Conceitos .....	132
TABELA 18 - Alcoolismo: Etiologia .....	133
TABELA 19 - Alcoolismo: Determinantes Biológicos .....	134
TABELA 20 - Alcoolismo: Determinantes Psicológicos .....	134
TABELA 21 - Alcoolismo: Determinantes sócio-Culturais ....	135

TABELA 22 - Alcoolismo: Distribuição Percentual dos <u>D</u> eterminantes .....	136
TABELA 23 - Alcoolismo: Alternativas de Tratamento ...	137
TABELA 24 - Alcoolismo: Alternativas de Tratamento <u>Mé</u> dico .....	138
TABELA 25 - Alcoolismo: Alternativas de Tratamento <u>Re</u> ligioso .....	139
TABELA 26 - Alcoolismo: Distribuição Percentual das <u>Al</u> ternativas de Tratamento .....	141

## S U M Á R I O

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	I
<b>RESUMO</b> .....	III
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	IV
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	1
<b>O PROBLEMA DA PESQUISA E A DECISÃO METODOLÓGICA</b> .....	05
<b>CAP. I - DO HOSPITAL À COMUNIDADE</b> .....	13
- A Instituição Asilar: Relato de uma Vivência ..	13
- O Confronto com o Alcoolista e seu Tratamento ..	18
<b>CAP. II - O FENÔMENO DO ALCOOLISMO: HISTÓRICO E ANÁLISE     CONCEITUAL</b> .....	26
- As raízes Históricas do Alcoolismo .....	26
- Visão Contemporânea: O Saber Científico .....	34
- Visão Popular .....	42
- Alcoolismo: Doença ou vício? .....	47
<b>CAP. III - O FENÔMENO DO ALCOOLISMO EM MILAGRES</b> .....	56
- A comunidade de Milagres, sua Origem e sua His tória .....	56
- Análise Sócio-Econômica da Área .....	57
- Compreendendo o Alcoolismo em Milagres .....	65
- Posto de Saúde - Uma Experiência em Prevenção..	72

<b>CAP. IV - O ALCOOLISMO NA FALA DO POVO .....</b>	<b>81</b>
- Conceito e Etiologia .....	82
- Auto-Imagem e Alcoolismo .....	96
- Alcoolismo e Classe Social .....	98
- Alcoolismo e Mulher .....	103
- Alternativas de Tratamento .....	109
<b>CAP. V - UMA TENTATIVA DE MEDIAÇÃO ENTRE O SABER CIENTÍFICO E O POPULAR: AGENTES DE SAÚDE.....</b>	<b>116</b>
- Intercâmbio de Saberes: Desafios e Controvérsias .....	116
- Alcoolismo nas Camadas Populares: Resultado da Pesquisa Participante .....	127
<b>CAP. VI - ALCOOLISMO: FENÔMENO DO CORPO, DA ALMA, DA CULTURA .....</b>	<b>144</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>144</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE</b>	

## A P R E S E N T A Ç Ã O

O nosso objetivo na abordagem da complexa ques  
tão do alcoolismo, etiologicamente ainda aberto a tantas inda  
gações e questionamentos, é compreendê-lo na dinâmica de duas  
ordens de saberes. Compreender o saber oriundo das classes po  
pulares, onde o alcoolismo é apreendido como vício e outras re  
presentações de caráter moral ou religioso, saber este que tem  
suas origens mais arcaicas na história da loucura, sendo nos sê  
culos XVII e XVIII o pensamento vigente das elites intelectuais.  
Analisar a representação nas classes populares do saber erudi  
to ou científico, a conceituação de alcoolismo como doença e  
mais recentemente como uma Síndrome de Dependência (O.M.S. Cid-  
303). Refletir ainda sobre o Alcoolismo como doença democrátii  
ca, que incide igualmente em todas as classes sociais.

Dentro dessa abrangência que universaliza e pa  
droniza, repensar a questão de que não existe o alcoolismo,  
mas alcoolismos. É a busca da singularidade do alcoolista na  
vivência do seu alcoolismo. Muito mais que o desejo de retomar  
uma individualidade que é tantas vezes negada ou diluída na  
contextualização genérica positivista e classificatória presente  
te no nosso modelo médico contemporâneo, o nosso objetivo maior  
é compreender a singularidade do alcoolista inserido nas clases  
populares. Aprofundar o fenômeno do alcoolismo na vivência  
cia dos chamados "cidadãos de 3ª classe", o alcoolismo do pobre  
urbano na peculiaridade do seu contexto sócio-econômico e cultu  
tural. Apenas penetrando na pluralidade de suas representações  
sociais, no que diz respeito a saúde, a doença, a vida, a moru

te, é que podemos chegar a uma compreensão totalizante do conceito de alcoolismo, numa classe social onde as enfermidades de maneira geral são apreendidas como "fenômenos físico-morais", onde proliferam sistemas alternativos de cura, e uma busca heróica de saídas pra enfrentar um sistema social onde saúde se tornou um privilégio.

Toda essa preocupação com a questão do alcoolismo surgiu a partir da nossa experiência ao longo de 8 anos no hospital Ulisses Pernambucano, analisada no capítulo I. Do hospital à comunidade se configura portanto como um capítulo predominantemente auto biográfico, onde os conflitos, as crises e os impasses institucionais são abordados. O encontro com o alcoolismo enquanto questão teórica, a participação na unidade de alcoolismo, a saída para a comunidade, numa tentativa de responder a tantas indagações, foram experiências que se constituíram o ponto de partida, para todo o trabalho que veio a ser desenvolvido durante quase dois anos.

No entanto toda a complexidade e ambigüidade presentes na polêmica questão do Alcoolismo, nos remeteram a um aprofundamento teórico, que tomou como marco inicial um resgate das origens históricas do Alcoolismo. Analisou-se o momento que o mesmo se constitui um problema de ordem médica, sua evolução, a nível de conceito, etiologia e a visão contemporânea. Confrontou-se ainda no capítulo II as duas ordens de saberes, até onde se entrelaçam, até onde se diferenciam? Qual a eficácia ou ineficácia do saber científico? Esses temas abordados se relacionam com a utilização do saber científico como instrumento de dominação e manipulação e as alternativas e sistemas de cura das classes populares como uma resposta ao

distanciamento científico ou uma resistência cultural a estranheza do mundo erudito. Reavaliamos o conceito de vício, levantando a hipótese que o mesmo se constitui a representação "físico-moral", do fenômeno do Alcoolismo nas classes populares.

Com base nestes pressupostos teóricos iniciamos nosso trabalho de campo que se desenvolveu nos quatro níveis de abordagem a seguir: análise sócio-econômica da área de Milagres, observação participante, análise qualitativa do discurso e pesquisa participante. No capítulo III, são analisadas as duas primeiras linhas de atuação. No estudo da comunidade de Milagres, são ressaltadas as variáveis sócio-econômicas, consideradas de risco a uma menor ou maior prevalência do Alcoolismo. A observação participante nos permitiu compreender a dinâmica das relações humanas existentes nos grupos e o estudo das primeiras representações do Alcoolismo na comunidade. A elaboração do "script" da peça a história de José, depois transformada em audiovisual e os contatos individuais e grupais com a população, foram instrumentos bastante elucidativos a essa ordem de compreensão. Estes primeiros passos subsidiaram o início do trabalho de prevenção no Posto de Saúde Martagão Gesteira<sup>(1)</sup>, onde a escuta da população na sala de espera, nos levou a repensar toda a filosofia subjacente a implantação de ações preventivas na área de saúde mental e Alcoolismo.

O terceiro nível de abordagem apresentado no capítulo IV, se propõe a uma análise qualitativa do discurso, a

---

(1) O posto de Saúde Martagão Gesteira, pertence a rede estadual, e presta assistência médica ambulatorial aos bairros de Salgadinho e Campo Grande, entre outros. Fica nas proximidades de Milagres e atende 50,7% de sua população.

través da utilização de entrevistas semi-dirigidas, aplicadas a alcoolistas e não-alcoolistas das comunidade de Milagres. A través da análise da fala dos nossos informantes fomos mergulhando na diversidade dos conceitos e causas do alcoolismo; nos sentimentos de discriminação vividos pelo alcoolista pobre, pela mulher, que passam a ter de si mesmo uma auto-imagem bastante negativa, espelho da imagem projetada pela comunidade. É nessa escuta livre e fluente que a singularidade dos alcoholismos das classes populares começa a adquirir sua própria roupagem.

Finalmente, a última etapa de nossa abordagem, analisada no capítulo V, é a pesquisa participante realizada pelos agentes de saúde mental. Utilizando questionários fechados abordaram em suas áreas de atuação o conceito, etiologia e alternativas de tratamento do Alcoolismo. Os resultados obtidos, nos trouxeram subsídios importantes na compreensão das duas ordens de saberes, nos possibilitando a comparação dos dados quantitativos, com a literatura existente, análise qualitativa dos discursos e outros achados significativos da escuta da sala de espera do Posto de Saúde Martagão Gesteira.

A partir de todas essas experiências tecemos algumas considerações que tentam retratar os pontos que mais nos chamaram atenção; as lacunas e muitas indagações que ainda permanecem sem resposta. Todo esse referencial abre um leque de possibilidades, ao mesmo tempo que nos dá a sensação de estarmos apenas esboçando as primeiras linhas de um retrato em preto e branco que ainda mergulhado em uma certa opacidade, começa a adquirir os primeiros contornos, nesse difícil processo de compreender e resgatar a singularidade dos alcoolismos das classes populares.

## O Problema da Pesquisa e a Decisão Metodológica

Ao estudarmos o fenômeno do Alcoolismo tínhamos como meta principal compreendermos a sua representação nas classes populares e em que medida o saber popular e o saber científico se entrelaçam e se diferenciam. Dentre a diversidade de conceituações que se fazem presentes na questão do Alcoolismo, como é a compreensão do povo? O que é mais valorizado, ou mais estigmatizado nos aspectos etiológicos? Quais os sistemas de cura alternativos mais utilizados no meio popular? Dentro desse enfoque amplo escolhemos a comunidade de Milagres por dois motivos: primeiro, por se constituir uma área onde já havíamos iniciado um trabalho conjunto com a equipe multidisciplinar do Instituto de Filosofia Social<sup>(1)</sup> (IFS), do qual fazemos parte; segundo, por ser uma favela com características similares a tantas outras favelas do Recife, Grande Recife e área metropolitana, o que nos possibilitará inferir que as representações populares encontradas, poderão refletir também o pensamento de outras áreas, com condições de vida idênticas.

Para atingirmos essas metas, iniciamos nosso trabalho de campo na comunidade utilizando uma metodologia de pesquisa que propiciou quatro níveis de abordagem: análise sócio-econômica da área de Milagres, observação participante, análise qualitativa dos discursos e pesquisa participante. Des

---

(1) O Instituto de Filosofia Social é uma instituição não governamental, que presta assessoria às comunidades e movimentos populares. Promove estudos, pesquisas, cursos e seminários, sempre em função de sua tarefa e prática fundamental: contribuir a seu modo para as transformações sociais, e à participação plena do povo no exercício da cidadania.

creveremos essas quatro etapas, tecendo algumas considerações acerca das dificuldades e facilidades vivenciadas na sua operacionalização.

#### 1 - Análise sócio-econômica da área de Milagres

A partir de um levantamento sócio-econômico realizado pela equipe multidisciplinar do I.F.S., foram aplicados 379 questionários, em todos os domicílios que integram a área. Esse questionário contava com 30 perguntas, das quais dezenove fechadas e onze abertas. Dos achados encontrados identificamos algumas variáveis sócio-culturais, consideradas pelos estudos epidemiológicos realizados por Santana e Almeida Filho (1979), como fatores de risco de uma menor ou maior prevalência de Alcoolismo em populações de baixa renda. Levamos em conta nessa análise as variáveis de sexo, idade, profissão, renda, migrações e procedência, entre outros. Traçar este perfil sócio-econômico do grupo em estudo, identificando o grau de maior ou menor vulnerabilidade social para o alcoolismo representava o pano de fundo, para a compreensão de toda uma teia de relações sociais, que permeiam as relações grupais.

#### 2 - Observação Participante

A observação participante propicia uma vivência com o cotidiano da comunidade, suas lutas, conquistas e fracassos. Segundo Pelto (1967:56) "... como observador participante o antropólogo procura realizar vários outros objetivos principais. Primeiro, espera que, envolvendo-se bastante na vida local, possa conquistar o respeito e a confiança dos

moradores, de modo que lhes revelem espontaneamente aspectos de suas vidas privadas. Segundo, a participação, é com frequência, a melhor forma de ver os detalhes complexos do comportamento humano."

Iniciar o trabalho em Milagres, no momento em que as lideranças populares viviam todo um processo de organização para formação do Conselho de Moradores, foi uma experiência que nos abriu espaço para um entendimento mais totalizante da vivência cotidiana dos seus moradores. A convite dos mesmos, começamos a participar das reuniões semanais do grupo, onde eram discutidos tanto os problemas concretos da comunidade (saneamento básico, canaletas, aterros, etc) como dificuldades de relacionamento entre os vários grupos. Ciúme, competição e lutas de poder eram esboçados.

Partilhando deste processo, entramos em contato também com toda a rede de relações interpessoais que se estabelecia entre os diversos grupos: bordadeiras, professoras, jovens, saúde etc. Ao trazer a questão do Alcoolismo para discussão, já tínhamos um conhecimento prévio de alguns aspectos que caracterizavam as relações interpessoais existentes na área. Essa vivência foi facilitadora no sentido de ter criado entre nós e a comunidade um clima de confiança e credibilidade, que nos permitiu abordar de forma aberta e franca a questão do Alcoolismo.

Através de contatos informais, visitas domiciliares, reuniões com os vários grupos, a percepção das pessoas em relação ao fenômeno do Alcoolismo começava pouco a pouco a se configurar com mais clareza. O contato com os jovens e lideranças locais que de forma assistemática já tinham tido al

gumas experiências de teatro, nos possibilitou a elaboração conjunta do script da peça a história de José (estória de um quadro de Alcoolismo), experiência onde podemos visualizar de forma mais abrangente a apreensão do alcoolista na comunidade. Essa compreensão foi ampliada pelo trabalho desenvolvido no Posto de Saúde Martagão Gesteira, onde as reuniões da sala de espera nos possibilitaram uma nova escuta do problema'. Para esse trabalho de observação participante utilizamos um diário de campo, onde nossas impressões eram a cada visita registradas.

A partir de todas estas experiências onde como observadores participantes, nos sentíamos num duplo movimento: ao mesmo tempo que partilhávamos das vivências da comunidade exercendo em algumas situações atividades educativas e de coordenação, podíamos olhar à distância, apreendendo os múltiplos processos do grupo; e com relação ao fenômeno do Alcoolismo, compreendendo-o no seio de cada família, nas relações de vizinhança e na percepção da comunidade como um todo.

### 3 - Análise qualitativa dos discursos

Com base na coleta de dados feita através da observação participante, foi possível elaborarmos um questionário aberto (vide anexo), cujas questões abordavam alguns pontos que haviam nos chamado atenção no convívio com o grupo. Essas questões se relacionavam com o conceito, etiologia, classe social, gênero, auto-imagem e sistemas alternativos de cura. Através de entrevistas semi-dirigidas, que eram gravadas, e tinham a duração média de 2h, aplicamos doze questionários na área de Milagres. Seis a indivíduos com problemas de uso abusivo de álcool, identificados pela comunidade, e o restante ao

grupo dos não-alcoolistas, escolhidos em função do grau de comunicabilidade, clareza e fluência com que expressavam suas idéias. Fizemos uma análise qualitativa dos discursos desses informantes, levando em conta o conteúdo manifesto e latente contido nos mesmos.

A análise dos discursos nos trouxeram subsídios bastante valiosos para fundamentação do nosso trabalho e compreensão pluridimensional do tema em estudo.

#### 4 - A Pesquisa Participante

Tomando como referencial os dados colhidos na análise qualitativa dos discursos, elaboramos conjuntamente com os agentes de saúde mental<sup>(2)</sup> um questionário fechado, abordando alguns aspectos polêmicos do Alcoolismo, dentre os quais: o conceito, etiologia e alternativas de tratamento. Os resultados quantitativos obtidos se constituíram para nós um elemento a mais na compreensão do fenômeno do alcoolismo, já aprofundado na análise dos discursos. Realizamos com a colaboração de 8 agentes de saúde, uma pesquisa participante nas seguintes comunidades: Vila da União, Mustardinha, Bebê a Bordo, Córrego do Euclides, Jardim Santa Rita, Skylabe I, II e Milagres.

Escolhemos a pesquisa participante por se constituir uma metodologia que encontra maior sintonia com a nossa forma de trabalhar. Segundo Carlos Brandão 1988:11 essa forma de "pesquisa-ação" tem como objetivo levar o povo a: "conhecer a sua própria realidade. Participar da produção deste conheci

---

(2) Formar agentes de saúde mental é uma experiência piloto que está sendo desenvolvida no IFS, há aproximadamente 1 ano. Os desafios dessa experiência são discutidos detalhadamente no capítulo V.

mento e tomar posse dele. Aprender a escrever a sua história de classe. Aprender a reescrever a História através de sua história. Ter no agente que pesquisa uma espécie de gente que serve. Uma gente aliada, armada dos conhecimentos científicos que foram sempre negados ao povo, aqueles para quem a pesquisa participante - onde afinal pesquisadores e pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes, pretende ser um instrumento a mais de reconquista popular"...

Optar pela pesquisa participante para nós era, portanto, levar os agentes a partilharem de todo um processo de aprendizagem, onde as questões básicas sobre Alcoolismo eram compreendidas a partir de toda uma articulação entre o saber científico e o popular, seus pontos de encontro e divergências. Essa metodologia nos permitiu, com base na escuta dos agentes, trabalhar aspectos controvertidos da problemática do Alcoolismo. O grupo tende a se comprometer muito mais com os conteúdos apreendidos, pois as ferramentas que o elucidam, são tratadas a luz da vivência prática de cada um.

Foram aplicados 411 questionários, e a amostragem foi delimitada com base no censo da prefeitura. Cada participante trouxe o número de moradores de sua comunidade, num total aproximado de pessoas e domicílios. A amostra previa uma margem de erro de 4%. O treinamento do grupo foi realizado por um sociólogo do IFS, e foram utilizados cinco questionários para o pré-teste. A maior parte dos integrantes do curso participaram da pesquisa, no entanto o entusiasmo inicial foi progressivamente se diluindo. Dificuldades como falta de tempo, problemas domésticos, excesso de trabalho, eram semanalmente

relatados. Dentro da amostragem prevista apenas três comunidades concluíram a pesquisa. O restante aplicou de 40% a 80% dos questionários previstos.

A metodologia utilizada a nível de nossa proposta pedagógica, atingiu plenamente os objetivos esperados, abrindo espaço para indagações e reflexões críticas, acerca de questões teóricas do Alcoolismo, em aspectos onde o saber popular e científico assumem posições conflitantes. Os resultados foram trabalhados e devolvidos a população através de reuniões gerais, previamente marcadas pelo Conselho de Moradores de cada área pesquisada, utilizando-se como material didático uma cartilha popular.

Apesar de algumas comunidades não terem concluído os questionários, esse aspecto não teve grande relevância, em função de termos priorizado ao longo de toda a nossa investigação a observação participante e análise qualitativa dos discursos, como técnicas para compreensão da representação do alcoolismo nas classes populares.

Da pesquisa participante resultaram indicadores valiosos, que podem representar a tendência do pensamento popular no que tange a percepção do consumo do álcool, gênero mais atingido, conceito, etiologia e alternativas de tratamento.

Os nossos achados são também similares em alguns pontos, aos resultados encontrados na literatura. Com relação ao gênero Azoubel Neto (1967), Luz Jr. (1974), Moser (1974), Halldin (1985) entre outros encontram uma prevalência muito maior de alcoolistas na população masculina. Com relação ao conceito, Masur e Zwicker (1979), em pesquisa realizada com estudantes de medicina encontraram maior referência aos conceitos

de ordem moral. Estes achados reforçam aspectos enfocados na observação participante e análise qualitativa das entrevistas semi-dirigidas.

Estes níveis de abordagem subsidiaram todo o nosso trabalho de campo constituindo-se a base de todos os dados que possibilitaram reflexões sobre o fenômeno do Alcoolismo.

## CAPÍTULO I

### DO HOSPITAL À COMUNIDADE

#### 1 - A Instituição Asilar: Relato de uma Vivência

Este capítulo de caráter predominantemente autobiográfico se propõe a relatar nossa experiência profissional no Hospital Ulisses Pernambucano ao longo de 8 anos. Os impasses institucionais vividos, o confronto com o Alcoolismo enquanto questão teórica, a experiência na unidade de Alcoolismo, os questionamentos suscitados e a saída para a comunidade, se tornaram o ponto de partida para todas as nossas reflexões sobre o fenômeno do Alcoolismo, analisado no contexto das classes populares.

O relato dessa experiência nos pareceu significativo por delimitar os passos que foram seguidos no processo de construção do nosso pensamento, e pressupostos teóricos que nortearam as linhas de ação desenvolvidas ao longo de toda a pesquisa.

A partir de 1979 iniciamos o trabalho no Hospital Ulisses Pernambucano, popularmente conhecido como Tamarineira.

Permanecemos psicóloga desse hospital até 1988, tentando viver e encontrar a nossa identidade profissional. Durante todo este tempo, vivemos todas as crises pessoais e profissionais passíveis de serem vividas numa instituição pública asilar, com todo um espaço cristalizado e impermeável à mudança.

É importante ressaltar que compreendemos a instituição como uma realidade dinâmica e fixa, composta tal como d<sup>i</sup>ria Lapassade (1979) por momentos instituídos e instituintes. O primeiro, movimento instituído, significa o que está estabelecido, é o caráter de fixidez e cristalização das formas de relação. O segundo, instituinte, caracteriza-se pelo movimento de criação. É a capacidade de inverter novas formas de relação.

Dentro do enfoque não podemos deixar de observar que existem iniciativas que contrariam esse movimento do instituído, que apesar das dificuldades que enfrentam na sua expansão, são constantes as muitas forças instituintes que não cessam de pressionar.

Consideramos pertinente trazer essa experiência caracterizando inicialmente o contexto da nossa entrada, no hospital. Era na época a única psicóloga inserida numa equipe multidisciplinar desarticulada, obedecendo a um modelo de tratamento organicista, onde a figura do médico psiquiatra era detentora de todo "o poder", no tratamento e nos rumos e destino da vida de cada paciente. Antes de 1979 alguns psicólogos já haviam passado pelo hospital, mas não havia marcas de um espaço conquistado. Tínhamos a sensação de ter entrado numa Instituição marcada mente "instituída", onde não havia lugar, credibilidade e necessidade de um psicólogo. A equipe fragmentada, refletia em sua essência todo o processo de esquizofrenização da Instituição, e

cada membro do grupo parecia ter um papel definido no palco de "uma loucura maior".

Era a nossa primeira experiência em hospital psiquiátrico, era o primeiro confronto com o chamado "louco", "desviante", "estranho", isolado e segregado, mas presente em cada um de nós, presente na sociedade "enferma", que afastando-o e marginalizando-o, tenta negá-lo. Nesse momento vivíamos uma duplicidade de sentimentos. O desafio da experiência nova se misturava ao medo desse contato tão próximo com o "louco". Constatamos perplexos, que todo o nosso saber acadêmico, ainda não tinha desmistificado a imagem introjetada, arquetípica do "louco". O louco que amedronta, que contém todo o inusitado, aquele que não se enquadra no esperado. Seria explicitando aqui algumas imagens trazidas por lideranças populares, "o trem descarrilhado", aquele que saiu do trilho, da linha construída e permitida pelo social, "a porta trancada", que esconde o espaço do desconhecido, que não se vê e portanto não se tem controle.

Experienciávamos toda uma ambigüidade no nosso primeiro contato com o Hospital. O desejo de entrarmos em contato com aquele mundo desconhecido, se confundia com a necessidade de nos protegermos de toda aquela miséria humana que qualquer instituição asilar espelha. Iniciamos o trabalho prático atendendo solicitações para psicodiagnóstico. Nesse momento, os testes se constituíam um momento onde nos refugiávamos numa pequena sala, atendendo individualmente os pacientes, numa provável tentativa de nos proteger dos impasses, conflitos e contradições da instituição. Era através da escuta individual que fazíamos a leitura da realidade social de cada paciente, entrando também em contato com os múltiplos fragmentos da realidade hospitalar.

Em face da desarticulação da equipe multidisciplinar, o psicodiagnóstico nessas circunstâncias reduzia nosso espaço na instituição, impossibilitando um confronto aberto com a mesma. Era um tempo de uma angustiante calma. Vítimas e cúmplices desse processo, nos sentíamos reproduzindo o modelo esprezado. Era como se, na medida que desenvolvíamos uma prática repetitiva e alienante, nos sentíssemos um fragmento de um todo, e limitação "exterior", se tornava também "interior".

Em 82 com a mudança da direção e a entrada de novos recursos humanos, abriu-se um espaço para recriar a imagem institucional, agora apreendida como elemento fortemente "instituinte". A estrutura física do hospital foi reformada, dando aos pacientes condições mais humanas de atendimento. Essa reforma exterior era o reflexo também da explosão de novas idéias que mobilizavam toda a equipe técnica, numa tentativa de fazer uma ruptura com o passado, ou talvez, resgatar a história de um passado mais remoto, onde a Tamarineira, era considerada um espaço inovador, a partir de todas as experiências mobilizadas na década de 1930 por Ulisses Pernambucano, onde a criação do Serviço de Higiene Mental, Visitadoras, campanhas de prevenção etc., tornavam o hospital um exemplo ímpar à nível de realidade brasileira. Sentíamos-nos em movimento, partilhando junto com a direção desse momento. Um tempo de esperança se iniciava. O contato com os pacientes era mais aberto, caloroso e participativo. A imagem da loucura introjetada culturalmente tinha se diluído, e entrávamos em contato nos pavilhões ou no campo com grupos de pacientes, que nesse momento não se diferenciavam muito no relato das histórias de suas vidas, do nosso povo pobre, sofrido, considerado "são", mas também geograficamente colocado à margem,

na periferia, nas favelas da Região Metropolitana do Recife.

A Equipe de Psicologia mobilizada pelas experiências inovadoras de Moffatt (1980) na Argentina, e Basaglia (1979) na Itália, começou a trabalhar ao ar livre com os grupos de pacientes, resgatando através de uma proposta terapêutica elementos de toda a nossa cultura popular. Nos grupos, a ciranda, o côco, o cordel e até mesmo danças e cantos indígenas, trazidos por pacientes de Águas Belas passaram a se constituir uma nova abordagem terapêutica, que enriquecia e alegrava o cotidiano dos pacientes. O alcoolista nesta época não nos chamava atenção, pois se enquadrava nas propostas abertas para todos, não havia nenhuma especificidade em sua abordagem. Esse movimento de mudança sofreu uma ruptura quando a nível estadual um novo governo assumiu, havendo a indicação de novos diretores para os hospitais da rede estadual. A nova direção do Hospital Ulisses Pernambucano, apesar da competência administrativa, não conseguiu ter ampla aceitação da equipe técnica. Houve um retrocesso, e a dinâmica das relações estabelecidas na instituição voltaram ao modelo anterior. A equipe sofre uma progressiva desarticulação, e os trabalhos passam a ser individualizados, havendo escassa participação da mesma nas decisões tomadas pela direção. O modelo médico é novamente fortalecido, e sente-se a sensação de que nada foi feito. Nós nos sentíamos descrentes nas possibilidades de qualquer trabalho duradouro numa instituição asilar, que parece ficar à mercê das políticas de saúde e ideologias dos governantes. Com relação a esses avanços e retrocessos das instituições Marazina (1989:71-72), coloca de forma contundente os sentimentos vivenciados pelo que ela chama de trabalhadores de saúde mental: "O desafio fascina: ou nos constituimos

em "messias", ou nos vemos tão miseráveis como os que atendemos, quando defrontados com a frustração do projeto salvador. Ali fi camos colados aos "nossos loucos", produzindo sintomas, desauto rizando nossa palavra. Falamos assim da marginalização de nossa produção que, à semelhança da produção do louco, não acha espa ço de legitimação. A frequência das somatizações nos dizem res peito a como o corpo se coloca em jogo. Não acreditamos no dis curso oficial", mas continuamos dentro das pautas propostas e, obviamente, enlouquecendo no intuito de responder a essas deman das, com o saber que dispomos."

Vivenciando todo um clima de desesperança, a es colha do Mestrado de antropologia surge como uma tentativa aca dêmica de buscarmos outras fontes de conhecimento, buscarmos uma nova leitura do homem, compreendendo-o na complexidade de todo o seu universo cultural. Era também uma forma de fugirmos do espaço institucional, depois de uma tentativa de afastamento, que nos tinha sido administrativamente negada. Vivemos nesse período muito mais fora da instituição do que dentro da mesma. Muitas vezes a alienação ao enquadramento em um espaço cristali zado e impermeável parecem se constituir a única forma de nos mantermos internamente íntegros.

### **O Confronto com o Alcoolista e seu Tratamento**

Apesar de não ser nossa proposta realizar um le vantamento histórico da situação do alcoolista no estado de Per nambuco, alguns aspectos são importantes de serem ressaltados. Em 1987 uma nova direção assume o Hospital Ulisses Pernambucano,

e dentre as várias metas apontadas, o alcoolismo tem importância prioritária. A nível estadual, em sua grande maioria, os alcoolistas são tratados em hospitais psiquiátricos, e se inserem no mesmo processo marginalizador e estigmatizante no qual é inserida a doença mental. O alcoolista perde a sua identidade e se confunde com o "louco", institucionalmente tratado como tal. Vale ressaltar que em fins de 1983, a partir da reestruturação do Hospital Geral da rede estadual, o Centenário, baseado em conceitos modernos que preconizam o tratamento do alcoolismo em hospital geral, foi criada uma enfermaria especificamente para pacientes alcoolistas, sendo a primeira experiência na esfera Estadual. Tal experiência teve uma duração de aproximadamente 2 anos e enfrentou uma série de obstáculos, que são significativos de serem aqui enfocados:

- 1 - A rejeição por parte de funcionários (de todos os níveis) por não considerarem o alcoolismo como doença.
- 2 - A grande dificuldade de toda a equipe hospitalar em lidar com as ansiedades apresentadas pelos pacientes em fase psicótica, pela falta de conhecimento psiquiátrico e treinamento pessoal.
- 3 - A dificuldade em manejar condutas de indisciplina do alcoolista, gerando problemas administrativos.
- 4 - A impossibilidade de formação de uma equipe multidisciplinar devido à falta de interesse da equipe pelos fatores acima descritos.

Essa experiência se constituiu um "avanço" no momento em que abriu possibilidades do alcoolista ser tratado num hospital geral. No entanto, à medida que não foi realizado trei

namento e reciclagem com os profissionais da área de saúde, tal "avanço" ficou reduzido à estrutura física do hospital, sem a participação efetiva dos recursos humanos ali existentes.

Nessa experiência constatou-se que havia por parte da equipe a negação do alcoolismo como doença e a conduta frente aos pacientes era discriminatória e marginalizante. Em 1983 o Hospital Centenário foi desativado para reforma, e o dito pavilhão foi transferido para o Hospital Ulisses Pernambucano. De novo se verifica um retrocesso e o alcoolista volta a ser internado em um pavilhão misto, junto com pacientes portadores de enfermidades mentais sem nenhum atendimento especializado.

Dentro deste contexto histórico, fazia-se bastante pertinente, por parte da nova direção, a preocupação de criar uma assistência especializada para alcoolistas. O clima no hospital era ambíguo, sentimentos de credibilidade e desconfiança se misturavam. Perspectivas de mudança abriam espaço de esperança para alguns e para outros se constituía espaço de ameaça e crítica. Marazina (1989:72), descreve com agudeza e lucidez os sentimentos que caracterizavam esse momento vivido no hospital: "Qualquer intervenção que pretenda despertar questionamentos, perguntas em relação aos saberes, às ferramentas de trabalho, coloca em jogo altíssimas ansiedades persecutórias. Imediatamente aparecem os jogos dissociativos que ajudam a evitar a reflexão: os novos versus os velhos, os médicos versus os outros; tudo se faz para que não se discuta o que cada um sabe ou, mais grave, o que não sabe. Aqueles que "Têm muito tempo de casa" observam com uma certa comiseração aos novos que reivindicam estudo, supervisões: "eu cansei de ser assim e nada adiantou, espere e verá..."; nada mudará, a instituição sempre

foi assim". Convalidações cínicas-defensivas do instituído, vivido como eternizado e imutável".

Foi nesse momento ambíguo, em que a equipe técnica expressava sentimentos contraditórios, que foi criada a unidade de alcoolismo, e fomos a psicóloga convidada para compor a equipe multidisciplinar, responsável pelo trabalho. Na ocasião, como participantes da unidade, entramos verdadeiramente em contato com o Alcoolismo enquanto questão teórica. Iniciamos um grupo de estudo, coordenado pelo diretor. Entramos em contato com as novas concepções do alcoolismo, onde a questão doença fundamentava todas as linhas do pensamento científico oriundas principalmente da Escola Americana e Inglesa. Não tendo nenhum referencial teórico que respaldasse o início da nossa prática profissional, nos agarramos de corpo e alma a essas concepções, predominantemente fundamentados no modelo médico. Nos grupos operativos<sup>(1)</sup> e palestras realizadas para os pacientes, nosso discurso reproduzia esse modelo, que era constantemente confrontado com a fala dos pacientes, que atribuíam o seu alcoolismo a uma diversidade de conceituações, predominantemente voltadas para razões de ordem emocional, moral e religiosa. Nessa fase do trabalho conscientizar os pacientes do alcoolismo como doença era o nosso principal objetivo. Levantava-se a hipótese que na medida que os alcoolistas introjetassem o seu alcoolismo como doença isto poderia levá-los a um pulo qualitativo, no sentido de que deixando de atribuí-lo a concepções morais ou religiosas, poderiam assumir o seu próprio tratamento, o que facilitaria

---

(1) Conceituamos Grupo Operativo como sendo uma reunião, unidade de trabalho dispondo de efeitos terapêuticos sobre seus membros, de caráter psicológico, socioterápico, etc, com local e horário previamente fixados, compostos de pacientes e técnicos para discutir e trabalhar objetivamente problemas propostos pelos participantes.

sua recuperação e reinserção social. As reuniões diárias realizadas também pelo Grupo de Alcoólicos Anônimos<sup>(2)</sup> A.A., reforçavam esse modelo, na medida que todo o trabalho desenvolvido está centralizado no alcoolismo como "doença progressiva e incurável... uma vez alcoolista, sempre alcoolista". O nosso interesse pelo alcoolismo crescia, e a necessidade de realizar nas comunidades um trabalho de caráter preventivo, já nessa época começava a se esboçar. Inseridos nesse contexto fizemos nosso projeto de dissertação para o mestrado abordando a questão do alcoolismo, e todo o nosso discurso era o reflexo do modelo médico apreendido. Significativo a escassa bibliografia antropológica consultada, significativo o "esquecimento" de uma análise do problema à luz de uma dimensão mais ampla. Tudo se resumia à experiência de uma psicóloga que tomava de empréstimo o discurso médico para realizar um trabalho profissional que não lhe era familiar. Era como se toda a bibliografia lida que pudesse trazer à luz uma leitura antropológica da questão em estudo se tornasse o "grande lapso" daquele momento. Lembro da nossa perplexidade e surpresa quando o coordenador do Curso levantou a questão da ausência de um referencial antropológico no projeto. Nesse momento nos confrontamos com uma grande crise de identidade. Qual o nosso marco teórico, qual a identidade assumida por nós ao lidar com tão ambígua e complexa questão? Foi um momento de autocrítica permeado por muitas indagações e mudanças. Ao retomarmos o projeto, retomávamos também a nossa prática profissional. Na unidade entrávamos cada vez mais em conta

---

(2) O Grupo de Alcoólicos Anônimos A.A., nasceu nos Estados Unidos e foi fundado em 1935 por Billw e Bob (Akron, Ohio. EUA) ambos alcoolistas, que se beneficiaram com a troca de experiências transformando esta constatação numa maneira de ajudar os que sofrem do mal do Alcoolismo. A irmandade do A.A. vem, ao longo do tempo, estendendo sua ideologia através das fronteiras, de forma que, atualmente atinge 114 países dentre eles o Brasil.

to com o alcoolista pobre, oriundo das favelas do Recife. Em sua fala nos trazia sua história, sua pobreza, seu abandono. A bebida surgia como pano de fundo de uma vida sofrida, onde as relações familiares era pouco estruturantes. Fome, desemprego e solidão eram também elementos muito presentes em cada discurso. O alcoolismo surgia com uma multiplicidade de conceituações. Ora o indivíduo o colocava totalmente dentre dele, como algo onde ele se via como ator principal, único responsável, excluindo o contexto social no qual se via inserido. Ora o alcoolismo era visto como uma força poderosa, fora dele, algo provocado por "espíritos desconhecidos", onde pouco havia a se fazer. Começávamos a observar que apesar dos grupos realizados diariamente, onde alcoolismo doença era a tônica fundamental da equipe, pouca coisa se passava na cabeça dos pacientes com relação a assimilação deste conceito. Na tentativa de levar o paciente a conscientização do alcoolismo-doença, tínhamos a impressão que este conceito era apenas intelectualmente assimilado. Era um aprendizado de fora para dentro, pouco elaborado e pouco integrado à personalidade. Constatava-se que toda a cosmovisão de um povo em suas múltiplas facetas e onde a religiosidade assume um papel marcante, tinha que ser valorizada em qualquer programa de tratamento e prevenção de Alcoolismo. O trabalho desenvolvido na unidade, onde o programa de 28 dias de internamento se constituía o objetivo central da proposta de atuação da equipe com os pacientes, se constituía bastante válido, pois representava uma saída concreta, dentro de um deserto árido de qualquer outra proposta ou alternativa. Mas percebia-se também, que nem todos os pacientes se adequavam a esse programa, não havia um alcoolismo, mas alcoolismos. Tinha-se toda uma singularidade a

ser respeitada, e dentro disso uma maior abrangência de alternativas de tratamento se fazia necessária. O trabalho educativo realizado através de palestras, sobre temas relacionados ao alcoolismo tinham uma boa receptividade por parte dos pacientes, mas nos parecia que o que verdadeiramente os ajudava eram os vínculos que iam se estruturando entre eles e a equipe técnica era o espaço de escuta que lhes era propiciado, a livre expressão dos sentimentos que refletiam suas emoções e crenças mais íntimas. Recordamos de um dos nossos primeiros pacientes, que depois se tornou uma liderança muito positiva na organização da dinâmica da unidade, expressando comovido em uma das entrevistas: "Essa é a primeira vez que me sinto escutado num serviço público, tratado como gente, e já tive tanto internamento..."(sic) É importante ressaltar que todas essas impressões dizem respeito aos 6 primeiros meses de implantação da unidade de alcoolismo, que tendo um caráter marcadamente instituinte se abria a transformações na medida que os impasses e questionamentos iam fluindo.

A defesa dos determinantes biológicos do alcoolismo são reveladores de uma necessidade de maior objetividade e concretude. As múltiplas pesquisas metabólicas, cerebrais, genéticas, são a busca do palpável, passível de ser mensurado. Todo esse referencial traz a pretensa segurança do rigor científico, em contraposição com as concepções moralistas e religiosas da nossa cultura popular, que apesar de não oferecerem respostas seguras, e reforçar de certa forma o grau de estigmatização do alcoolista, tem mais condições de abarcar o homem em sua totalidade de "ser humano".

Com toda essa avalanche de indagações, deixamos a Unidade de Alcoolismo. Contamos com o incentivo e a compreensão

são do diretor do hospital, que apoiando nossa proposta de tentar desenvolver um trabalho de Prevenção de Alcoolismo nas Comunidades nos colocou à disposição do Posto de Saúde Martagão Gesteira, localizado nas proximidades da Comunidade de Milagres, local onde desenvolvemos a maior parte do nosso trabalho de campo.

Nessa retrospectiva histórica dos anos vividos como psicóloga no Hospital Ulisses Pernambucano muita coisa se clarificou sobre o papel do indivíduo numa instituição. Os avanços e retrocessos da dinâmica interna do Hospital refletem, espelham e caricaturam o vivido na sociedade como um todo. O hospício é um espelho ampliado dos conflitos sociais vividos fora dele. Avançar, retroceder, repetir, inovar, aceitar, questionar, massificar, personalizar: duplicidade de momentos que corporificam o espaço interno do indivíduo enquanto ser peculiar e único, corporificando o espaço vivido, em relação ao seu meio social, corporificando os movimentos sociais e os caminhos percorridos pela ciência ao longo de toda uma civilização.

Ao transpormos os muros do Hospital rumo à comunidade, tínhamos pela frente um espaço novo. Um turbilhão de idéias, projetos esboçados na cabeça, e muita vontade de acertar, encontrar um caminho naquele momento ainda obscuro, mas passível de ser desvelado. Na comunidade, uma nova escuta nos esperava. O encontro e o confronto com o alcoolismo e o alcoholista no seu meio, palco vivo de todas as suas vivências, de todo o seu mundo.

Um grande desafio nos aguardava nessa nova fase, que antes de tudo se caracterizava pela necessidade de um maior aprofundamento teórico e nos permitia uma compreensão mais globalizante da questão do Alcoolismo à luz de uma leitura antropo lógica, fenomenológica, e do próprio trabalho de campo que se iniciava.

## CAPÍTULO II

### O FENÔMENO DO ALCOOLISMO: HISTÓRICO E ANÁLISE CONCEITUAL

#### As Origens Históricas do Alcoolismo

"... Por acaso, ou mesmo de propósito, algumas frutas provavelmente uvas, foram deixadas por algum tempo em um vasilhame primitivo ou em algum buraco de uma rocha. O sol e a ação de criaturas invisíveis, que agora sabemos chamavam-se fermentos, estragaram as frutas. Elas se transformaram em uma massa pastosa. Mas um homem faminto e sedento ingeriu a massa. Nós podemos apenas imaginar o impacto desse acidente fermentativo. Não apenas a sua fome e a sua sede foram saciadas, mas ele se sentiu inexplicavelmente bem. Menos cansado, mais corajoso... estava descoberto o álcool."

Michel Renaud

Desde os tempos antigos, o homem fabricava e consumia bebidas alcoólicas. Ao longo da história da humanidade, ou da história de grupos culturais específicos, a produção do álcool se observa ainda em estágios bastante primitivos. Sua utilização em culturas primitivas está essencialmente associado a ritos religiosos.

Bertolote (1990:133), chama atenção ao fato de

"a maioria das mitologias a respeito da origem do álcool terem pelo menos um ponto comum: sua gênese divina. Diante dos efeitos psicoterápicos do álcool, a mente primitiva recorreu à via mística para explicar sua origem, via de resto, utilizada para explicar os fenômenos além de sua compreensão racional imediata, como o ciclo do dia e da noite, da vida e da morte a partir de sua origem divina o álcool, ao mesmo tempo em que se "temporalizou"; manteve sua ligação com os deuses, passando a fazer parte dos rituais solenes de quase todas as formas religiosas conhecidas, seja como maneira de colocar o crente mais facilmente em contato com os deuses, seja como a representação, a corporificação do próprio deus".

No entanto foi no século XIX com a industrialização que se intensificou consideravelmente a produção comercial e distribuição das bebidas alcoólicas, o que aumentou significativamente o seu consumo e conseqüentemente os problemas advindos do uso abusivo do mesmo.

Pela vinculação do Fenômeno do Alcoolismo a doença mental, faremos uma retrospectiva, abordando as raízes históricas da loucura. Segundo Foucault, a história da loucura, não é a história do discurso psiquiátrico, mas "a arqueologia desse silêncio". É uma história anterior à capturação da loucura pelo saber médico como seu objeto de conhecimento.

Na idade média o homem estabelece uma relação com alguma coisa que confusamente designa loucura, demência, desrazão. Mas essa é uma época em que a loucura não é confinada, ela circula, faz parte da vida e do cotidiano. No renascimento a experiência da loucura é celebrada na literatura, na filosofia, nas artes plásticas, nos mitos populares. Entre os

costumes dessa época encontra-se o de confinar os loucos num navio que os leva de uma cidade para outra.

Na nau dos loucos pintados por Bosch, vê-se uma religiosa e um sacerdote como personagens centrais, integrados a uma população embriagada. Os passageiros da Nau, são os avaros, os delatores, os bêbados, os que se entregam à desordem e à devassidão, os que interpretam mal as Escrituras, os que praticam o adultério. Através da literatura e da filosofia a loucura no século XV insere-se num universo moral.

Foucault em sua obra *Doença Mental e Psicologia* (1975:78) situa o séc. XVII como a época em que o mundo da loucura tornou-se o mundo da exclusão:

"Criam-se em toda a Europa estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerra-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendingos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de famílilia dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração".

Os bêbados integrantes da Nau dos loucos da época do renascimento, provavelmente nas casas de internamentos do séc. XVII, estão incluídos na categoria dos libertinos, carregando todo um estigma moral na sua inserção como desviantes.

É no século XIX que a loucura é definida como doença mental num estilo positivista. O louco toma consciên

cia do seu ser de "doente". Estabelece-se uma relação médico-paciente nascida de uma ordem moral, fundamentada como uma relação de dominação, mas que, gradualmente, é dissimulada pela capa da objetividade e da competência científica. É também em meados desse mesmo século que o Alcoolismo começa a ser seriamente estudado, se constituindo um problema de ordem médica. Magnus Huss, médico sueco (1852) denunciou pela primeira vez o álcool como fator de propensão a "degeneração", propondo o termo alcoolismo para designar este fenômeno. É significativo refletir o duplo sentido implícito na palavra degeneração. Muito embora Magnus Huss situe o Alcoolismo dentro de uma ordem médica, ao explicitar o fator de degeneração provocado pelo álcool, reforça o caráter moralizante, pois ao longo de toda a história da loucura, os degenerados abarcam uma categoria muito ampla, onde todos os desviantes sociais podem estar incluídos.

Posteriormente a escola francesa e alemã muito contribuíram para descrição e classificação dos quadros psiquiátricos agudos, sub-agudos e crônicos do alcoolismo. Com o advento da Psicanálise se iniciaram os estudos sobre os fatores psicodinâmicos do alcoolismo, havendo todo um processo de investigação psicológica e sistemática da personalidade do alcoholista, sua família e seu meio social.

No entanto, nesta mesma época, segundo Henri Ey (1965:637) "surge paralelamente toda uma literatura pseudocientífica que obscurece os problemas etiológicos e patogênicos, mediante considerações moralizantes e apaixonadas, estreitamente relacionadas com a teoria reinante a cerca da degeneração: o Alcoolismo é um vício, patrimônio dos **degenerados**, que conduz a loucura... Uma busca a grandes traços do movimento das

idéias sobre a patologia mental do alcoolismo nos ajudaria a compreender o estado atual deste problema, que deve ser separado de numerosas considerações extramédicas, com tendência a deformá-lo".

Em suas raízes históricas o alcoolismo encontra-se estreitamente vinculado às concepções religiosas, éticas e morais presentes na evolução da loucura. Na medida que a loucura é apreendida como doença mental, o alcoolismo passa também a se constituir um problema de ordem médica, que se instala nas concepções mais descritivas e classificatórias das doenças dentro de um modelo positivista. A partir desse momento, os outros saberes são chamados de "pseudo-científicos" ou extramédicos. Boltanski (1979:31-32) situa toda este processo histórico de difusão do conhecimento médico: "... Tudo se passa como se a difusão do conhecimento desde a cidadela científica até as classes populares tivesse se verificado antigamente conforme leis da difusão definida pelos etnólogos. Os elementos culturais tomados da medicina científica eram integrados à cultura preexistente. No caso, ao corpo de conhecimentos de classe que constituía a medicina popular, sendo esta integração em primeiro lugar, função de sua aptidão à descontextualização, e fazendo-se através de reinterpretações e de reformulações que transformam seu sentido e função. Pode-se dizer que o processo de difusão efetuava-se então de maneira completa no sentido de que os receptores podiam assimilar, ou melhor, digerir o empréstimo, até esquecer sua origem estranha".

A compreensão do alcoolismo hoje dentro do referencial veiculado nas classes populares parece pois ter passado por este processo de difusão. Os avanços científicos na com

preensão do problema na medida que foram se complexificando e adquirindo novas roupagens, fizeram uma ruptura com as primeiras concepções (morais e religiosas) tomadas de um saber erudito presente em toda a evolução histórica da loucura e do alcoolismo.

Portanto foi a partir da inserção do Alcoolismo na ordem médica que estabeleceu-se uma dicotomia entre dois ordens de saberes: o científico e o popular, também chamado de extramédico.

Com relação a representação social do "Nervoso" pelas classes trabalhadoras, Duarte, (1986:62-63) faz uma inquirição histórica interessante, também aplicável ao fenômeno do alcoolismo. Comenta o autor: "como veremos, esses saberes médico-psicológicos" têm uma história, localizam-se, aglutinam-se e deslocam-se de um modo já hoje bastante bem mapeado no quadro na formação global da nossa cultura e constituem, na verdade um repositório bastante diversificado de modelos, tipologias, visões do mundo e estratégias terapêuticas que se oferecem às articulações culturais..... Inúmeras questões daí decorrem. A primeira a ser ressaltada é a do recorrente e crescente poder de referência que assumem os saberes médico-psicológicos na sua condição de "saberes" ditos "científicos". Embora a questão da preeminência hierárquica dos saberes letrados seja etnograficamente muito mais ampla, ela se colore de tons muito especiais no contexto da sociedade moderna. Não se trata, neste caso, de um corpo de conhecimentos mais ou menos esotéricos e comprometidos com a boa condução do universo ou do corpo social, que, como apanágio de uma elite, garante a eficácia global de uma visão de mundo e reproduz por si mesma a

divisão entre iniciados e leigos, mandarins e plebeus. O corpo dos saberes modernos nasce comprometido com uma visão de mundo específica, aquela que o ideário iluminista tão bem expressou. O homem tem em suas mãos as chaves de uma intervenção radical e subversiva: a "razão" privilegiadamente cultivada na "ciência" abre as portas de uma "liberdade" e de um "progresso" que, se bem conduzidos, iluminarão todos os homens e todo o homem e ainda com ele todo o universo".

O modelo racionalista reforçado por toda uma ideologia dominante, atribui a ciência o poder e o monopólio das "verdades absolutas". Segundo Brandão, (1981) o verdadeiro e ativo cientista deve se perguntar: "Qual é o tipo de conhecimento que queremos e precisamos? a que se destina o conhecimento científico e quem dele se beneficiará?" Loyola (1979:232) nos chama atenção para os riscos da dicotomia que se estabeleceu entre essas duas formas de apreensão da realidade: "Perpetua-se assim a barreira intransponível criada entre duas medicinas, uma "científica" e outra "popular", passando-se por cima da função que cada uma tem. Fechado ainda pela distinção ciência/não ciência, esse verdadeiro movimento de autocrítica que se inicia dentro e fora da medicina corre o risco de tornar-se apenas mais um passo no processo evolutivo do saber e da prática médica, na medida em que não questiona as bases que sustentam esse saber e essa prática... É necessário, pois, pensar a relação ciência/não-ciência e o lugar que cada uma dessas formas de conhecimento ocupa na estrutura social e que torna possível substituir a categoria ciência pela categoria magia..."

Com relação ao fenômeno do alcoolismo, essa di

cotomia de saberes se fazem nitidamente presentes. Abordaremos, a visão contemporânea do alcoolismo dentro da perspectiva científica atual, em seguida o saber popular, com todas as riquezas de suas múltiplas representações. Finalizamos com a indagação: Alcoolismo - doença ou vício? - onde nos propomos a articulação e confrontação das duas ordens de saberes: científica e popular. Talvez essa tentativa reflita uma busca maior - a de encontrar o **homem** em sua totalidade de ser humano.

## Visão Contemporânea: O Saber Científico

"Tentar dar a palavra "Alcoolismo" um sentido mais preciso parece ser uma causa perdida. De qualquer forma, faz muita falta um termo de significado amplo".

Edwards Griffith

A visão contemporânea do alcoolismo será abordada com base nos estudos de Griffith (1982) e a nível de realidade brasileira tomaremos como ponto de partida os estudos desenvolvidos por Ramos e Bertolote et alii (1987). Faremos uma retrospectiva do tratamento do alcoolismo no Brasil a partir da introdução do conceito de doença.

Em 1935, nos Estados Unidos o alcoolismo é conceituado pela primeira vez como uma doença crônica, progressiva e fatal, caracterizada pela perda de controle e incapacidade do indivíduo de se abster do álcool. Esta definição é aceita pelo A.A., integrando-se até hoje a sua filosofia de atuação. Foi também aceita pelas associações médicas da época, proporcionando três fatores positivos a serem ressaltados:

- Diminuição do estigma
- Mudança de uma ordem moral, para uma ordem médica
- Mudança de uma ordem legal ou jurídica para uma ordem médica

É apenas em 1965 que este conceito chega ao Brasil. Até então, o alcoolista era tratado em hospitais psiquiátricos, e diagnosticado como um desvio de caráter. O índice de recuperação era de apenas 2%. Em 1980 inicia-se um novo modelo de atendimento ao alcoolista após a utilização do conceito de doença. O índice de recuperação sobe para 18% dos casos atendidos. No entanto, em 1984 começa a se verificar que o enquadramento do alcoolismo-doença era aceito por alcoolistas

que já tinham um quadro avançado de dependência, os demais não se identificavam como "doentes", e abandonavam o tratamento (Campana 1990). Esse impasse começou a evidenciar que não existe um alcoolismo a ser tratado, segundo critérios padronizados de atendimento, mas uma diversidade de alcoolismos, merecendo atenção de acordo com a singularidade de cada caso.

Bertolote (1990:15) tece considerações sobre o termo Alcoolismo "que popularizou-se e vulgarizou-se de tal maneira que hoje, além de poder designar um importante fenômeno no médico e social, serve como rótulo estigmatizante, chegando, no limite, a perder o seu valor comunicacional".

Atualmente a O.M.S. não inclui em seu manual de classificação de doenças o termo alcoolismo. Adota os conceitos de síndrome de dependência do álcool, e abuso de álcool sem dependência.

Define o conceito de abuso como: "... casos em que uma pessoa, para a qual nenhum outro diagnóstico é possível receber assistência médica em virtude dos defeitos do álcool, do qual ela não é dependente, e que tenha feito uso por iniciativa própria em detrimento de sua saúde <sup>ou</sup> de atuação social."

Conceitua a síndrome de dependência do álcool da seguinte forma: "Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reação de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo, podendo ou não estar presente".

Segundo Campana (1990), este conceito de síndro

me tem a vantagem de contemplar uma maior abrangência de casos de dependência, pois nele se incluem indivíduos com graus de dependência leve, moderada e grave, sendo encarado por alguns estudiosos como um conceito mais aberto e flexível do que a doença.

De acordo com Griffith, (1987), a dependência ao álcool significa fundamentalmente uma relação alterada entre a pessoa e seu modo de beber. É um fenômeno gradativo que pode ser categorizado em graus, tantos quantos se queiram, conforme as necessidades clínicas, terapêuticas ou de pesquisa. O autor propõe uma descrição da síndrome de dependência do álcool, baseada em sete sinais e sintomas:

- 1) empobrecimento do repertório;
- 2) relevância da bebida;
- 3) aumento da tolerância ao álcool;
- 4) sintomas repetidos de abstinência;
- 5) alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência, através de mais bebida;
- 6) percepção subjetiva da compulsão para beber;
- 7) reinstalação após a abstinência.

No capítulo IV retomamos a estes sinais na medida que encontramos na fala dos nossos informantes a identificação de alguns desses sintomas, percebidos em alguns casos com muita agudeza na definição da instalação dos quadros de alcoolismo descritos.

Em termos de literatura brasileira encontramos ainda o conceito fenomenológico-existencial proposto por Sonnenreich (1971) que caracteriza o alcoolismo como "a perda da liberdade de escolher entre beber ou não beber, e de esco

lher quando e onde fazê-lo, o que leva a elaboração de um modo de ser no qual a realidade externa e o outro perdem consistência, criando-se uma visão de mundo que revela uma maneira desprendida da mínima preocupação com as regras do contato e comunicação social, que seria característica da psicologia do alcoolista e sintomática do estado de intoxicação crônica." O autor destaca também a importância da influência da família, da sociedade, cultura, sem contudo minimizar o papel dos elementos biológicos na gênese do alcoolismo.

Numa tentativa de explicar a etiologia do alcoolismo ou síndrome de dependência do álcool, inúmeras pesquisas em vários níveis têm sido realizadas. Abordamos essa questão a partir do enfoque de Masur, (1984) que faz uma leitura das teorias clássicas existentes, onde a explicação do fenômeno alcoolismo se situa levando-se em conta três vertentes principais: Determinação biológica, Psicológica e Social.

### **Determinação Biológica**

O pressuposto básico das teorias biológicas é que o alcoolismo vai se desenvolver ou não, dependendo de características biológicas natas. Existem pessoas que podem beber, no entanto jamais se tornarão alcoolistas, enquanto outras se começarem a beber, fatalmente se tornarão alcoolistas. Esta hipótese que começou a ser investigada cientificamente em meados desse século, baseia-se no fato que os alcoolistas quando começam a beber só param com a embriaguêz. Este fenômeno definido por Jellinek (1960), é conhecido como perda de controle, e ocorreria em consequência a uma reação fisiológica em cadeia, desencadeada por uma quantidade inicial de álcool. Assim compreendida, a perda de controle independe do controle volitivo,

estando somente subordinada a mecanismos fisiológicos disparados pelo álcool. A vantagem dessa teoria é que retira o caráter da voluntariedade da ingestão de bebidas, abole pelo menos oficialmente, o julgamento moralista, onde o beber exagerado é atribuído a degradação moral ou a fraqueza de caráter. O alcoolista passa a ser visto como vítima de uma doença, o alcoolismo, cujo o sinal patognomônico é a perda de controle. É importante ressaltar dentro dessa abordagem que o biológico daria a possibilidade de desenvolver o alcoolismo, mas não o determinaria, seria apenas um fator de vulnerabilidade.

#### **Determinação Psicológica**

A concepção da etiologia do alcoolismo ser psicologicamente determinado coexiste com a teoria da vulnerabilidade biológica. Um dos pressupostos mais enfatizados é o de que os alcoolistas se caracterizam, e portanto diferem da população em geral, por apresentarem traços de personalidade como por exemplo: moralidade, dependência, passividade e introversão. No entanto os estudos existentes apresentam resultados duvidosos. Segundo Sonnenreich (1971), as características psicológicas comumente observadas entre os alcoolistas seriam resultantes do uso do álcool e não a sua causa.

Uma segunda teoria que procura explicar a etiologia do alcoolismo, com base na vertente psicológica, propõe que alcoolistas são aqueles que aprenderam a lidar com problemas existenciais, através do álcool ou melhor, através dos efeitos dessa droga.

A teoria comportamental privilegia a idéia do alcoolismo ser um comportamento aprendido, com possibilidade de

se desenvolver em qualquer pessoa.

Estudos realizados por Vaillant (1983), que analisou e seguiu centenas de adolescentes até a idade adulta, demonstraram que nenhuma característica psicológica pode ser considerada preditiva do uso abusivo de álcool.

### **Determinação socio-cultural**

São bastante evidentes as diferenças no consumo do álcool e do alcoolismo relacionadas a sexo, idade, grupos étnicos, grau de urbanização e religião. Em virtude disso há uma crescente valorização dos fatores sociais na gênese do alcoolismo. Existem muitas evidências de que normas culturais em relação ao consumo de álcool têm um papel importante no desenvolvimento do alcoolismo. Culturas que ensinam as crianças a beber responsabilmente, bem como as culturas que seguem rituais estabelecidos, de onde, quando e como beber, tem menores taxas de uso abusivo de álcool, quando comparadas a culturas que simplesmente proíbem as crianças de beber. O exemplo mais comumente citado na literatura sobre a influência das normas culturais, é o que ocorre entre os judeus. Apesar do álcool ser habitualmente consumido (o número de abstêmios é baixo), tanto a embriaguez como o alcoolismo são pouco frequentes. Várias hipóteses têm surgido tentando elucidar esse ponto. Já foi sugerido que o fato de o beber estar intimamente relacionado a cerimônias e rituais religiosos, agiria no sentido de criar uma atitude eminentemente ritual frente ao ato. O ato de beber torna-se essencialmente simbólico, afastando a possibilidade do consumo com a finalidade de fuga, de tensão ou de problemas, o que é justamente encorajado em outras culturas. Outro aspecto relevante é que a identidade judaica estaria predom

minantemente vinculada a imagem da sobriedade, a embriaguêz seria algo percebido como não-judeu. A necessidade de manterem a coesão grupal, de conservarem uma identidade, fez com que a cultura judaica estabelecesse normas claras de evitar a embriaguêz.

Outro aspecto significativo é a baixa prevalência de alcoolismo entre as mulheres, também vinculadas às pressões sociais sofridas pela mulher, onde a imagem do comportamento feminino está mais ligada a sobriedade. Enquanto para o homem o beber reforça toda a expressão da masculinidade, para a mulher é algo "feio", de caráter estigmatizante e discriminativo. Retomamos a essa questão no capítulo IV, quando tentamos analisar a percepção da comunidade sobre o beber feminino, tecendo algumas reflexões sobre a exigência da sobriedade feminina, numa classe social que delega a mulher toda a responsabilidade pela sobrevivência familiar.

A importância dada aos aspectos culturais relacionados com a maior ou menor prevalência de alcoolismo é bastante pertinente, quando compreendida a luz dos estudos antropológicos realizados, que põem em evidência a íntima relação existente entre personalidade e cultura. Este é, dentro da antropologia, um tema polêmico, fruto de divergências e contradições. Mead, (1934) e Benedict, (1935) enfatizam o processo educativo e socializador transmitido de geração a geração como fundamental para criação da personalidade modal. Neste sentido cada sociedade tem padrões culturais que condicionam os indivíduos à forma de conduta peculiares ao grupo social no qual interagem. Todos representam a reação normal e antecipada de qualquer dos membros da sociedade a uma situação

particular. Todavia, tanto em sociedades primitivas com em sociedades complexas como a nossa, acreditamos que apesar de ser inegável a influência da cultura sobre o indivíduo, esse indivíduo além de ser agente de um processo de condicionamento a tua também como agente de transformação e mudança. Possui uma individualidade, algo que transcende o padrão aprendido, algo que o integra, mas também o diferencia do grupo.

A partir de tudo que foi explicitado, tomando-se como base os determinantes biológicos, psicológicos e socio culturais, conclui-se que não existe uma explicação universal sobre a etiologia do alcoolismo. Segundo Masur (1984) "na gênese desta complexa condição estão diferentes fatores de vulnerabilidade. Todos os que bebem têm potencialmente possibilidades de se tornarem alcoolistas. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade."

## A Visão Popular

Antes de nos determos na visão popular acerca do fenômeno do Alcoolismo, faz-se pertinente algumas considerações sobre valores e representações das camadas populares sobre os significados da vida, da morte, da saúde, da doença, da cura e como tudo isso é vivido no cotidiano das classes populares. São questões abertas que a ciência não pode resolver, é algo que se insere na subjetividade e singularidade de um povo, que foi ao longo de sua história de classe, construindo sua cosmovisão, dentro de uma apreensão da realidade bastante peculiar.

Muitos estudos e pesquisas já evidenciaram que são bastante diferentes as representações de saúde e doença, quando se comparam pessoas de classes sociais distintas. Segundo Bezerra, (1984:151 - 152), "... A diferença entre um estado e outro é percebida de forma bastante diversa: nas camadas altas e médias a passagem se dá antes do que nas camadas populares. Para os primeiros a noção de saúde está restrita à noção de bem-estar, sendo qualquer modificação ou diminuição deste estado considerada como potencialmente morbígena, quando não é já identificado o sintoma. Para os trabalhadores, porém, a idéia de saúde está fortemente ligada à possibilidade de trabalhar, o que faz com que o conceito de doença sofra uma grande restrição ao passo que o de saúde se alarga bastante, englobando sentimentos e estados pessoais que se não estão na esfera de bem-estar, também não chegam a dificultar sobretudo a atividade laborativa. "... Essas diferenças no modo de perceber as fronteiras entre o saudável e o patológico evidentemente vão interferir na decisão

de quando buscar tratamento, do que esperar como resultado de le, e na própria idéia de como o tratamento pode atingir seu objetivo... As camadas sociais superiores vêem no corpo basicamente um instrumento de prazer... já nas camadas populares o corpo é efetivamente um instrumento de trabalho... A localização da doença tende a ser feita no espaço do corpo, e para isto contribui o fato de que o arsenal linguístico à disposição destes grupos não se orienta para a introspecção e a análise de emoções, mas sobretudo a descrição através de categorias concretas, de sensações vividas corporalmente"

Com base nessa compreensão, bastante peculiar e singularizada do binômio saúde/doença, quando pensamos no conceito de Alcoolismo como uma doença que se instala com o uso abusivo do álcool sobre influência de determinantes biológicos, psicológicos e sócio-culturais nos perguntamos até onde o conceito do Alcoolismo-doença pode ser apreendido pelas classes populares? Ora se doença é algo que surge sem controle do indivíduo, impedindo-o de usar sua força de trabalho e ocupa dentro de sua compreensão o espaço somático, esse conceito parece não ter condições de abarcar a pluralidade do fenômeno do Alcoolismo. Talvez o conceito Alcoolismo-doença para as classes populares possa se corporificar na visão do alcoolista terminal, em estado de dependência grave, onde o corpo aparece fortemente marcado em decorrência de todas as complicações clínicas advindas do seu uso abusivo. Contudo, há ainda a pergunta: não serão os sintomas físicos, a cirrose, a pancreatite, as cardiopatias, etc., vistas como doenças e o alcoolismo aparece como algo encoberto pela sintomatologia orgânica?

Sabemos que a concepção de doença está direta

mente ligada a cosmovisão de cada um. Tendo o Alcoolismo uma história que o aproxima das doenças mentais, faz-se pertinente uma análise para compreendermos que representações tem as classes populares das chamadas "doenças dos nervos".

Segundo Loyola (1984: 62 - 63) "Há doenças espirituais e materiais... São consideradas doenças materiais aquelas que apresentam perturbações orgânicas evidentes... Entre as doenças espirituais, podemos distinguir duas grandes categorias: as ligadas às relações que o paciente mantém com o sobrenatural e aquelas ligadas às suas relações com a sociedade... as doenças nervosas e as perturbações psicológicas ou mentais são, de modo geral, mas não exclusivo, classificadas nessa categoria de doenças espirituais. Como explica uma mãe-de-santo, "às vezes existem doenças que são trazidas pela parte espiritual. Tem muita gente que vai ao médico, que toma remédio e não adianta nada. Aí eles vêm ao terreiro e agente começa a trabalhar com o espírito, que trabalha a matéria deles... então esse espírito vira saúde para eles..." Para Duarte, (1986) as doenças nervosas são apreendidas como "fenômenos físico-morais", onde toda uma multiplicidade de sintomas, incluindo uma categorização bastante ampla, é evocada.

Encontramos nessas representações uma grande similaridade nas formas como o alcoolismo é percebido pelas classes populares. Nessas camadas parece haver uma diversidade de conceituações atribuídas ao termo alcoolismo. O conceito de Alcoolismo-vício encontra uma grande aceitação e sintonia com a forma de pensar do povo. Aliás esse modo de perceber parece não ser específico das classes populares. Masur e Zwircher (1979) realizaram uma pesquisa sobre o conceito de Al

coolismo com estudantes do último ano de medicina e constataram que após 6 anos de estudo não havia mudado o conceito dos estudantes: entram na faculdade considerando o alcoolismo como vício e saem sem haver formulado o conceito de doença. O alcoolismo que em suas raízes históricas se situava no campo da moral (filosófica ou religiosa) deslocou-se para o campo da medicina, tornando-se um problema de ordem médica. No entanto essa passagem parece não ter sido integrada na sociedade como um todo. Apesar de termos conhecimento que o conceito de doença também parece não ter uma ampla aceitação em outras camadas sociais, o nosso estudo está voltado para compreensão desse fenômeno nas classes populares. Alguns estudiosos do Alcoolismo, entre eles Araújo, (1985) refere que: "O alcoolismo é uma doença e não um vício. Algumas pessoas comparam o alcoolismo como vício, o que não é correto... O alcoolismo hoje é visto como uma doença mental decorrente do beber exagerado. Por outro lado, a palavra vício vem da moral de uma época em que o conceito do alcoolismo como doença, ainda não prevalecia".

No entanto, a partir dos estudos realizados por Duarte, (1986), caracterizando as "chamadas doenças nervosas", como fenômenos físico-morais, levantamos a hipótese que para as classes populares o alcoolismo tem igual representação. Para o povo, o vício se instala a partir do hábito e do costume. Neste sentido o habituar-se e tornar-se dependente guardam estreita correlação, havendo além da constatação de dependência, outros conteúdos moralizantes, na medida que vício também é percebido contrapondo-se a virtude. Além dessa duplicidade implícita no conceito de vício, são freqüentes as representações religiosas, ou de atribuição a defeitos morais, de cará

ter acentuadamente estigmatizantes. Fraqueza de caráter e falta de força de vontade são expressões também muito usadas pelo povo, guardando estreita correlação com os problemas dos "nervos" ou de ordem psicológica.

Havendo nas classes populares tal diversidade de conceituações acerca do fenômeno do alcoolismo, há consequentemente múltiplas alternativas de curas, que guardam em geral estreita correlação com o conceito atribuído, e com as representações do meio popular sobre os conceitos <sup>de</sup> saúde/doença. Com relação a esta correlação Bunker, (1980:48) observa: "As idéias sobre saúde, doença e terapia dependem criticamente da concepção filosófica, que se adote do homem... Se o homem é um ente espiritual, ou pode abrigar espíritos, a doença é um espírito maligno e a terapia consiste em espantar ou exorcizar tal espírito. Se o homem é um animal, a doença é um desarranjo puramente físico ou químico e sua terapia um tratamento fisio terapêutico ou quimioterapêutico. E, se o homem é um animal que pensa e vive em sociedade, então, está exposto a uma maior variedade de desarranjos e também pode beneficiar-se de uma variedade maior de terapêuticas".

Acreditamos que para as classes populares, as concepções adotadas sobre o homem, dentro de uma perspectiva filosófica, abarcam uma multiplicidade de conceitos e idéias, o que implica em múltiplas estratégias no lidar com as situações cotidianas de suas vidas no que se refere a saúde/doença e sistemas alternativos de cura.

### Alcoolismo: doença ou vício?

Ao nos remetermos a questão teórica do alcoolismo doença ou vício?, estamos na verdade confrontando duas ordens de saberes. O conceito de doença, representa a visão contemporânea, científica, o conceito de vício, a visão popular, ou extra científica. Até onde estes conceitos aparentemente díspares podem encontrar um elo de articulação?

Depois de analisarmos no capítulo anterior as representações do binômio saúde/doença, nas suas múltiplas significações para as classes populares, surgem algumas indagações. Estes questionamentos se respaldam nos estudos de Duarte (1986:28-29) sobre a Vida Nervosa das Classes Trabalhadoras. Refere-se o autor que as doenças nervosas são nas camadas populares apreendidas como perturbações físico-morais, assim explicitadas: "... As perturbações físico-morais compreendem um núcleo mais ou menos constante de sintomas físicos, embora possam eventualmente e num sentido que se espera vir a explicar, abarcar quase toda a gama de problemas, dores ou doenças que acomete o organismo humano... Paralelamente à sintomatologia física, observa-se uma rica expressão de sintomas morais que acionam evidentemente, em muitos casos as metáforas mecânicas e orgânicas que aparecem no primeiro quadro associados de maneira dinâmica e disfuncional ao nervoso. Também aqui se atravessa uma ampla gama de perturbações que se apresentam dispostos da tristeza à fúria, numa amplitude de comportamentos que se pretende justamente ressaltar..."

Na medida que as classes populares têm uma cos

movisão bastante peculiar, construída a partir de uma pluralidade de experiências de um cotidiano continuamente recriado e reinventado, a categorização do alcoolismo como vício, não estaria em sintonia com a tendência de apreender os fenômenos de uma forma totalizante, onde o caráter físico-moral se insere nas suas representações. A categoria de vício é apreendida de forma dualista, dicotomizando duas ordens de idéias. Vício enquanto hábito, costume, ficou "aviciado", pelo costume de beber todo dia. Neste sentido é compreendido como uma síndrome de dependência física, que gradualmente vai se instalando, movido pelo fato do habituar-se "acostumar o corpo a ingestão da bebida, leva ao vício." Por outro lado o tornar-se viciado nos remete também a toda uma ideologia moral, onde vício é o contrário da virtude, é sinônimo de degradação, de vagabundagem e outros rótulos estigmatizantes. Vício seria, portanto uma perturbação físico-moral que caracterizaria toda uma gama de sintomas físicos e comportamentais que configuraria para as classes populares o perfil do alcoolista, na sua vivência cotidiana.

Embora saibamos que essa categoria de vício se encontra também presente em outras camadas da população, reafirmamos que nos limitaremos a compreender seu significado, dentro da singularidade da cosmovisão das classes populares. Acreditamos que tendo a população de baixa renda uma forma de apreensão dos fenômenos que leva em conta um processo de totalização onde uma diversidade de categorias aparentemente díspares, se aglomeram dando a compreensão de cada fenômeno uma pluralidade de significados. Não seria vício uma categoria mais abrangente, capaz de abarcar essa extensiva gama de significados,

que tanto configuraria o "nervoso", como o alcoolista? Não será a categoria doença, na forma como é apreendida pelas classes populares, por demais reducionista, para expressar todas as representações, por vezes contraditórias e carregadas de ambigüidades que configura uma palavra de significado tão amplo como é alcoolismo?

O conceito de alcoolismo-doença pertence ao saber considerado científico, erudito, é fruto de um avanço, a partir de todos os estudos que vêm se desenvolvendo em torno de tão polêmica questão. No entanto quando nos defrontamos com o discurso popular, e com suas formas peculiares de compreender este fenômeno, nos damos conta de como o conceito médico é pouco integrado por esta população.

A chamada doença material nas camadas populares é algo que se remete mais ao espaço somático, que impede o indivíduo de exercer sua força de trabalho. O indivíduo não tem controle sobre seu aparecimento, surge abruptamente, pois não há uma percepção gradativa no processo do adoecer. Neste sentido a doença é algo que se remete ao imediatismo da medicalização e como consequência a cura. Dentro dessa representação, o Alcoolismo-doença parece soar como uma fala estéril, intelectualmente apreendida, mas não incorporada a realidade do cotidiano. Num sistema de saúde precário como o nosso, a imagem que a população pobre tem do atendimento médico, onde sua fala é tão pouco escutada, onde uma receita e uma consulta de 5 minutos é o que resta de uma relação que nem chega a acontecer, é bastante negativa. O paciente tratado como "objeto", é percebido como ignorante, "inferior", paciente de classe baixa, paciente do não saber, sem domínio de suas sensações, sem conhe

cimento do seu corpo, a espera do diagnóstico, do que vem de fora, o remédio, a fala monossilábica do "Doutor", verdade onipotente da medicina erudita, agente oficial da cura. Talvez este paciente com tantos sentimentos e vivências não expressos, não possa de fato compreender como um tema tão complexo como o alcoolismo, inserido numa teia de tantos significados, possa ser tratado pelo "Doutor". Falar do alcoolismo do filho, do marido ou do seu próprio uso abusivo de bebida, é compartilhar muitos sentimentos e emoções, de um cotidiano dolorosamente vivido. Não há escuta para esse discurso no nosso sistema de saúde. Não há troca na relação médico-paciente, relação essa que vai se metamorfoseando, de acordo com a classe social do doente, Boltanski (1978:68) explicita de forma muito clara essa diferenciação:

"... Porém, não basta mostrar que o médico e o doente das classes populares não falam a mesma língua. As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente, os médicos em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior a sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens, sem comentários, em vez de conselhos argumentados... Pois o desprezo do especialista pelo preparo não se aplica igualmente a todos, mas varia em função da inteligência deste, de seu bom-senso ou de seus méritos,

enfim de seu valor social."

Quando em tantos discursos médicos ouvimos que o alcoolismo é uma doença democrática, pelo fato de ter igual incidência em todas as classes sociais, nos perguntamos se o tratamento dado ao alcoolista pobre, pode, dentro de tudo que foi refletido, ser percebido como democrático? Falar do Alcoolismo nas classes populares é portanto uma tarefa bastante árdua. Ao falar do alcoolismo do pobre, teremos necessariamente que nos remetermos as políticas de saúde vigentes, a cidadania negada, a índices de mortalidade extremamente precoces quando comparados a alcoolistas oriundos de outras classes sociais, falar desse alcoolismo é inseri-lo numa multiplicidade de fatores que se interpenetram no mundo social da pobreza.

Pensar num trabalho preventivo na área de alcoolismo, voltado para as classes populares, é um grande desafio que começa pelo fato de não termos por parte dos órgãos estatais e de toda mídia que associa o beber a juventude, beleza, poder, sensualidade, etc, nem uma ação que vem diminuir o consumo excessivo da bebida alcoólica. No mundo capitalista, onde o lucro é a palavra de ordem, pensar numa prevenção primária nesse nível é utopia. Outro desafio seria a nosso ver compreender o que de fato queremos com um programa de prevenção. Prevenir para que e para quem. Dentro de todo contexto educativo e informativo que a questão do alcoolismo evoca, podemos levando em conta as duas ordens de saberes existentes, tentar estabelecer uma aliança, nunca uma ruptura. Resgatar o conceito de vício, compreendendo-o em toda a abrangência da síndrome de dependência, nele contido. Refletir os significados moralistas implícitos no seu conteúdo, buscando uma compreensão

maior, que deve talvez ir além da crítica ao caráter estigmatizante e discriminativo. Esse discurso é também a expressão de um cotidiano dramaticamente vivido. Desapropriar o conceito de vício de uma população, transmudando-o para doença, não terá um significado mais amplo, no sentido de estarmos desapropriando uma forma de expressão, que reflete a visão de mundo, e toda uma gama de representações simbólicas que traduzem o cotidiano das classes populares?

Os Alcoólicos Anônimos, responsáveis por um grande número de recuperações de casos de alcoolismo, têm a nível de realidade brasileira grupos espalhados em todo o território nacional. Há aspectos interessantes a serem refletidos na dinâmica do seu funcionamento. Consideramos significativo que apesar de em sua conceituação de alcoolismo tomar de empréstimo o discurso médico, definindo alcoolismo como "Doença Progressiva e incurável..." tem ampla aceitação nas classes populares. Acreditamos que o que leva muitos dos alcoolistas pobres frequentando o AA, abandonar o álcool, não é a consciência de que é um doente. Esse conceito, é assimilado intelectualmente, mas não verdadeiramente incorporado. O que leva a recuperação é toda a cerimônia ritual vivenciada nos grupos de AA. A linguagem não-verbal que é passada, a fala que é devolvida e valorizada, no caso do alcoolista pobre, talvez a expressão de uma 1ª vivência de cidadania, ele ocupa um lugar, ele tem vez, há alguém que o escuta e o valoriza. O misticismo que é evocado, o ser superior, que encontra tanta sintonia com a religiosidade tão presente no discurso das classes populares. Toda a solidariedade, livre expressão de sentimentos, o confronto consigo mesmo e com o outro e tantos outros técni

cos que possivelmente serviram de inspiração para os atuais re cursos terapêuticos usados pelos profissionais da área de saú de no tratamento ao alcoolista. O discurso inicial é médico, mas a dinâmica das relações que se estabelece apreendendo o in divíduo de uma forma muito mais totalizadora, foge totalmente ao modelo tecnicista e despersonalizante que caracteriza o aten dimento médico voltado para a população pobre.

Outro aspecto que gostaríamos de ressaltar é que segundo Campana (1990), na abordagem atual do Alcoolismo o conceito de doença começa também a ser visto como um conceito fechado, encontrando ressonância maior, apenas naqueles indivifi duos que já desenvolveram um quadro de dependência grave. O conceito de síndrome de dependência, utilizado pela OMS é per cebido como mais flexível e passível de contemplar todos graus de dependência alcoólica. O conceito de doença pode represen tar por um lado a diminuição do estigma, mas por outro, pode também levar a um maior conformismo, a um colocar-se numa posiç ão de vítima, de sentir-se impotente diante da "doença" a que se ver acometido. Consideramos com base em todos esses pressu postos que com relação à prevenção e ao tratamento dos alcoolistas das classes populares, o conceito de vício também pode so frer um processo de reavaliação. É com certeza um conceito mais aberto do que o de doença, e poderia ser perfeitamente ar ticulado ao conceito científico da síndrome de dependência. Des pojando do conceito alcoolismo-vício, o caráter moralizante, ou ainda interpretando os mesmos como comportamentos negativos que decorrem do grau de dependência ao álcool, que vai progressiva mente se instalando, talvez pudesse ser uma saída viável.

Outro ponto de reflexão que nos parece pertinen

te de ser abordado é até que ponto a tomada de consciência de que é um doente e precisa se tratar se constitui o momento chave do início do tratamento. Sabemos que o tomar consciência intelectualmente de um problema não leva necessariamente a um processo de mudança. Que fatores se fariam presentes nessa tomada de consciência, para que ela de fato seja incorporada, e se constitua um processo de elaboração interna, facilitador ou propiciador do tratamento terapêutico?

As reflexões feitas nos mostram que o saber científico e o popular se entrelaçam e se diferenciam em muitos aspectos. Evidenciam ainda a possibilidade de que podem ser articulados, propiciando uma visão mais totalizante do fenômeno do alcoolismo e principalmente nessa articulação, compreender de forma mais genuína a singularidade dos alcoolismos das classes populares. Ciência e não-ciência é uma relação dicotômica que tende muitas vezes a empobrecer e a reduzir a compreensão de fenômenos, ligados a complexidade do comportamento humano.

Todas essas indagações, muitas das quais permanecem em aberto, como pontos passíveis de serem refletidos ou experienciados numa prática comunitária ou institucional, nos deixa a sensação de que quanto mais fundo tentamos pensar a questão do alcoolismo, novos espaços vão se abrindo. Caminhamos num mundo de incertezas, onde a ciência com todos os recursos que dispõe, ainda não tem respostas, nem certezas absolutas.

Na verdade todo fenômeno que envolva o homem, estará sempre aberto ao espaço do mistério, que é a própria singularidade humana, que se desvela e se oculta, e nunca será

passível de ser compreendida a luz de um modelo racionalista, que não permita a eclosão do imprevisível e do inusitado.

## CAPÍTULO III

### O FENÔMENO DO ALCOOLISMO EM MILAGRES

#### A Comunidade de Milagres, sua Origem e sua História

Abordaremos neste capítulo a origem, história e situação sócio-econômica da comunidade. A partir desse contexto, descreveremos o cotidiano das nossas observações, onde as interações com as pessoas e grupos nos possibilitaram uma compreensão primeira do fenômeno alcoolismo na área e o início de um trabalho de prevenção na sala de espera do Posto de Saúde Martação Gesteira.

Nosso objetivo ao escolhermos Milagres como unidade de análise vinculou-se ao fato de estarmos desenvolvendo, ao longo de mais de 2 anos, um trabalho de educação e saúde na comunidade.

O conhecimento do perfil sócio-econômico da população de Milagres, levou-nos a inserí-la no modelo de vida peculiar a maior parte das favelas situadas na periferia da cidade.

Milagres é uma área de invasão conquistada a través de aterro feito no mangue do bairro de Salgadinho, no ano de 1980. Segundo depoimentos de algumas lideranças pertencentes ao atual Conselho de Moradores, a comunidade foi assim de nominada pela população, pelo reconhecimento de se constituir um "verdadeiro milagre", a transformação feita, pouco a pouco, através de sucessivos aterros de uma área alagada, inabitável, para uma comunidade que hoje tem uma história de luta e conquista. Segundo informantes, membros atuantes do Conselho de Moradores, foi erguida neste local, com a ajuda do pároco, uma capela que funciona como escolinha popular, conhecida como Capela Nossa Senhora dos Milagres.

Assessoramos em agosto/88 as eleições do 1º Conselho de Moradores. O processo eleitoral levou a população a realizar um mapeamento da área, onde foram delimitadas as ruas, reconhecidas pela população como pertencentes à comunidade de Milagres.

### **Análise Sócio-Econômica da Área**

A equipe multidisciplinar do Instituto de Filosófia Social, da qual participamos, partindo das necessidades dos trabalhos de saúde e educação desenvolvidos na comunidade, realizou conjuntamente com as lideranças locais um levantamento sócio-econômico da área. (1)

Este levantamento cobriu toda a comunidade de

---

(1) A partir dos resultados desse levantamento sócio-econômico, retrabalhamos algumas tabelas em função das variáveis de vulnerabilidade ao alcoolismo.

Milagres, e os 379 questionários aplicados caracterizavam a população em termos das variáveis de origem, movimentos migratórios, idade, sexo, situação familiar, econômica, nível de escolaridade e profissão, entre outros (vide tabelas anexas). No presente estudo utilizaremos apenas algumas variáveis sócio-econômicas consideradas por Santana e Almeida Filho (1978) como fatores de risco para uma menor ou maior prevalência de alcoolismo. Essa análise da situação sócio-econômica de Milagres se constitui para nós um pano de fundo, para a compreensão dos dados qualitativos obtidos no convívio com a população e na análise dos discursos. Alguns dos dados serão cruzados com os achados da pesquisa participante realizada em Milagres, pelos moradores da área e integrantes do Curso de Formação de Agentes de Saúde Mental. Aplicaram 100 questionários, fechados, abordando questões referentes a uso excessivo de álcool, consumo por gênero, conceito, etiologia e alternativas de tratamento.

Os vários fatores sócio-econômicos e culturais que parece estarem associados ao alcoolismo e ao consumo de bebidas alcoólicas são: origem étnica, procedência rural, migrações e residências em áreas metropolitanas, referências encontradas em países centrais (O.M.S. 1980) quanto na América Latina. Variáveis de idade, sexo, situação conjugal e patologias mentais pré-existentes são ainda fatores considerados de risco. (Santana e Almeida - 1978)

No estudo sócio-econômico de Milagres analisaremos as variáveis de idade, sexo, procedência, migrações, profissão e renda familiar.

**TABELA 1**  
**Milagres Variáveis de Idade e Sexo**

FAIXA ETÁRIA	TOTAL ABSOLUTO	TOTAL RELATIVO
0 ——— 1	036	2,2%
1 ——— 10	429	26,0%
10 ——— 20	352	21,4%
20 ——— 30	301	18,3%
30 ——— 40	319	13,3%
40 ——— 50	142	8,6%
50 ——— 60	082	4,9%
+ de 60	087	5,3%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1.648</b>	<b>100%</b>

FONTE: IFS - Recife-1989

**TABELA 2**  
**Milagres: Totais por Gênero**

GÊNERO	Nº	%
SEXO MASCULINO	766	46,5%
SEXO FEMININO	882	53,5%
<b>TOTAL</b>	<b>1.648</b>	<b>100%</b>

FONTE: IFS - Recife-1989

**TABELA 3**  
**Milagres: Faixas Etárias de Vulnerabilidade ao Alcoolismo**

FAIXAS ETÁRIAS (Em Intervalos)	TOTAL ABSOLUTO	TOTAL RELATIVO
20 L———— 30	301	18,3%
30 L———— 40	219	13,3%
40 L———— 50	142	4,9%
50 L———— 60	082	4,9%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>662</b>	<b>43,1%</b>

FONTE: IFS - Recife-1989

Conforme dados da literatura, a faixa de maior vulnerabilidade ao alcoolismo situa-se entre os 25 e 55 anos, muito embora na área rural, em regiões canavieiras, onde o consumo começa mais precocemente, a instalação do quadro pode ocorrer antes dos 30 anos. Segundo Fernandes (1977) quanto mais precocemente o alcoolismo venha a se instalar, os prognósticos para recuperação e possibilidades de reinserção social serão muito reservados.

De acordo com Santana e Almeida Filho (1978) que desenvolveram pesquisa numa área urbana de baixa renda em Salvador, houve um aumento das taxas de prevalência de alcoolismo na faixa etária intermediária de 25 a 54 anos, com uma redução para os mais idosos.

Para a Psiquiatria Clínica, embora o início do hábito de beber possa ocorrer em adolescentes ou adultos jovens, apenas nas idades intermediárias se alcançaria patamares anormais devido ao longo período de interface ou latência do Alcoolismo.

Os dados colhidos em Milagres demonstram que 43% de sua população encontra-se na faixa etária de 20 a 60 anos, tendo potencialmente possibilidades de desenvolver problemas com o uso abusivo de álcool.

Com relação aos 100 questionários aplicados pelos agentes de saúde mental em Milagres, 41% das famílias entrevistadas referiram ter um membro causando algum tipo de problema com o uso excessivo de álcool. No percentual de 41% podemos encontrar casos de bebedores moderados, excessivos, consumo diário, embriaguês semanal e alcoolistas em estado de dependência grave.

TABELA 4

**Milagres: Consumo do álcool excessivo de acordo com o gênero**

G E N E R O	Nº	%
MASCULINO	42	95,5%
FEMININO	02	4,5%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

FORNTE - IFS - Recife-1990

Esses resultados confirmam os achados da literatura, onde há uma prevalência acentuadamente maior do uso abusivo do álcool no sexo masculino. Atribui-se esse fato a razões sócio-culturais, amplamente discutidas nos capítulos IV e V.

Há uma correlação entre alcoolismo e abuso de álcool com procedência rural, migrações e residências em áreas metropolitanas, tanto em países centrais (O.M.S. 1980) como na América Latina (Caetano, 1984). Com relação ao movimento migratório, 41% da população de Milagres provêm do interior do estado, Nordeste e Sudeste. Esse fato se constitui um fator de risco, principalmente numa população de baixa renda, onde o migrante da área rural, passa por um doloroso processo de aculturação. Perde sua identidade de homem do campo, e enfrenta grandes dificuldades de inserção no mercado produtivo.

TABELA 5

## Milagres: Origem e Migrações

ORIGEM DO CHEFE <sup>(1)</sup> DA FAMÍLIA	%
Recife	34,6
Interior	29,3
Olinda	20,6
Área Metropolitana	3,4
Nordeste	11,6
Sudeste	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

FONTE - IFS - 1989

TABELA 6

## Milagres: Movimento Migratório

MOVIMENTO MIGRATÓRIO	%
Interior de PE.	29,3
Nordeste	11,6
Sudeste	0,5
	41,4

(1) Chefe da casa - essa designação foi atribuída ao provedor econômico do domicílio, podendo ser o homem, a mulher, o casal ou outros.

TABELA 7

## Milagres: População empregada por setor

S E T O R E S	Nº	%
Setor Informal <sup>(1)</sup>	215	67,4
Setor Formal <sup>(2)</sup>	104	34,6
	319	100

FONTE - IFS - Recife-1989

OBS.: Há 65 aposentados<sup>(3)</sup> em Milagres, sobrevivendo com benefícios da Previdência Social.

TABELA 8

## Milagres e Classes de Renda

CLASSES DE RENDA	TOTAL ABSOLUTO	TOTAL RELATIVO
Menos de 1 Sal. mín.	123	32,5%
1 ——— 2 Sal. mín.	159	41,9%
2 ——— 3 Sal. mín.	039	10,3%
3 ——— 4 Sal. mín.	029	7,7%
+ de 4 Sal. mín.	022	5,8%
Não informado	007	1,8%
<b>TOTAL</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>

FONTE - IFS - Recife-1989

- (1) Setor Informal - Inclui-se as profissões sem vínculo empregatício, direitos trabalhistas e Previdência Social. Não participam da renda nacional.
- (2) Setor Formal - Inclui-se profissões onde o indivíduo tem uma renda mensal estável, e todos os direitos trabalhistas estão assegurados.
- (3) Os aposentados foram colocados em uma categoria em separado, por sobreviverem com pequenos benefícios do Estado, que não lhes asseguram a sobrevivência básica levando-os a buscar outras formas de renda, incluindo-os muitas vezes no setor informal.

Os achados revelam que Milagres assume características sócio-econômicas similares a muitas outras favelas do Recife e região metropolitana. Com relação a profissão, 64,4 se inserem no setor informal de produção - sub-empregados, sem renda fixa, vivendo numa total insegurança com relação a sobrevivência básica. Seus moradores, num percentual de 74,4%, têm uma renda variável entre menos de um salário a dois salários mínimos, o que reflete a condição de miséria vivenciada no cotidiano.

Segundo Santana (1978) os estudos concluídos em países escandinavos (Ojesjo, 1980) dedicam atenção especial a questões mais diretamente sócio-econômicas como inserção produtiva e classe social. Com exceção do estudo de Halldin (1985), todas essas investigações demonstram prevalências mais elevadas nas classes trabalhadoras e entre desempregados. Tais resultados são confirmados por alguns trabalhadores latino-americanos realizados principalmente no Chile.

Apesar do alcoolismo ser considerado uma "doença democrática", são inquestionáveis que os fatores de risco analisados muito contribuem para o aumento de sua prevalência nas camadas populares, e as consequências advindas com seu uso são também muito mais graves do que em camadas mais privilegiadas da população.

A comunidade de Milagres tem portanto, em termos sócio-econômicos, indicadores de risco que podem levar sua população a um maior grau de vulnerabilidade ao uso abusivo do álcool, e suas graves consequências.

## Compreendendo o Alcoolismo em Milagres

"Quando, exatamente em que ponto é que o rosa se transforma em vermelho? Distinguir entre o rosa inicial e o vermelho final não nos causa problema. O difícil é distinguir o momento em que o rosa não é mais rosa. Este é o problema que ocorre quando pensamos se alguém bebe normalmente ou é alcoolista... O tempo da interfase entre o beber normal e o alcoolismo leva anos. É uma lenta passagem do rosa para o vermelho".

Jandira Masur

Esta secção se refere as nossas vivências na comunidade de Milagres, participando do dia a dia dos seus moradores, o que nos abriu espaço para compreender com maior profundidade a dinâmica das relações humanas existentes entre os grupos. Os contatos amigáveis que foram se estabelecendo, nos permitiu conversar de forma franca e espontânea com as pessoas sobre sua forma de perceber e lidar com o alcoolista, na sua vivência familiar, nas relações de vizinhança e comunidade como um todo.

Chegar a Milagres, sentar na barraca de D. Maria, conversar com quem ia chegando para comprar um pouco de farinha, arroz ou feijão, por vezes para tomar a primeira "pinga" do dia. Encontrar João "bebinho", o bêbado de Milagres, figura folclórica e por todos conhecida. Falar de alcoolismo tinha na fala de cada um sempre o exemplo desse João, entre outros tantos na vida, esse era o João Bebinho de Milagres, que despertava risos, pena e "tantos maltratos". João Bebinho, o espelho hipertrofiado de todos os outros bêbados do lugar. O espelho que todos parecem querer fugir e se distanciar, mas que muito presente apontava talvez o fim do caminho de muitos, que gradativamente iam

fazendo aquela metamorfose de que nos fala Masur o rosa se transformando em vermelho. Em que momento, em que lugar, em que instante isso se dá? João Bebinho o vermelho, bem vermelho, definido em seu papel. Bêbado quase 24 h, sem tempo, sem espaço, sem família, sem mais lugar. Perdido no "outro de si mesmo", não consegue mais voltar. Tantas vezes, em tantos horários diferentes, tentamos com João conversar, mas nossas conversas sempre desarticuladas, incoerentes, bizarras, refletiam a impossibilidade de um retorno. Em João um quadro de demência alcoólica já se instalara. A figura de João refletia abandono, descuido, subnutrição, fome. Espelhando a imagem do alcoolista terminal, espelhava também a imagem da pobreza. Alcoolismo e pobreza um duplo estigma, uma ameaça viva, refletindo a imagem hipertrofiada de toda uma população favelada, também discriminada por sua pauperização. A rejeição do João não se remetia apenas a rejeição do alcoolismo, talvez de forma mais ampla refletisse também para esse Grupo Social, a rejeição a própria condição de miséria.

Começando pelo João, outras conversas, outros encontros foram acontecendo, e pouco a pouco, começávamos a compreender o significado do alcoolismo na vida dessas pessoas. Algumas palestras no conselho de moradores, no grupo das bordadeiras, na escolinha de Milagres, muita receptividade em torno do tema. Em cada reunião aberta, pelo menos 85% dos participantes tinha um caso na família para relatar. Dentro deste contexto surgiu a programação de um seminário, cuja população alvo seria lideranças comunitárias, professoras, e agentes de saúde de várias favelas do Recife, Olinda e Área Metropolitana. O tema geral do Seminário "ALCOOLISMO: DOENÇA OU MARGINALIDADE?", refletia a dia

lética daquele momento pessoal, em que nos deparávamos com dois discursos estanques. Este enfoque espelhava os modelos em que nos confrontávamos nessa fase do trabalho. Era o esboço talvez da busca de uma síntese que viabilizasse um trabalho de prevenção que realmente pudesse ter alguma eficácia. Para operacionalização desse seminário, voltado prioritariamente para as classes populares, o grupo de Milagres teve um papel marcante. Havia na história da comunidade representações esporádicas de peças teatrais onde o cotidiano da vida era dramatizado. Conversando com esses "atores" fomos reconstruindo o que passou depois a se chamar o Grupo de Teatro Popular de Milagres. Em muitos encontros fomos construindo junto o script do que seria "A História de José", peça de teatro a ser apresentada na abertura do Seminário. O roteiro expressava muito do cotidiano de cada um, e todo o texto retratava a vida de um mecânico, que por múltiplos fatores desenvolvia um quadro de alcoolismo. Eis a sinopse do roteiro da peça, que exprime em alguns momentos as saídas encontradas pela comunidade ao lidar com a questão do alcoolismo:

"Era uma vez uma família, José e Maria com dois filhos: Pedro e Joana. José era um bom mecânico dedicado ao trabalho e à família. Após o trabalho, tinha como hábito tomar uma cachacinha com os amigos. Nos seus fins de semana, costumava jogar futebol, bebendo quando seu time ganhava. Em algumas ocasiões, chegava em casa embriagado e Maria ficava muito aborrecida porque atrapalhava seus planos e programas com os filhos. Depois da ressaca, José pedia desculpas, prometendo não beber mais. Numa ocasião, no período de carnaval, José passou vários dias embriagado, descontrolou-se com os amigos e foi violento com Maria e os filhos. Maria ficou preocupada porque o pai de José

tinha morrido por problemas de bebida e não conseguia saber o que levava José a beber tanto. Por vezes pensava que era por influência dos amigos e porque tinha tantas barracas no caminho de volta para casa. Certo dia o filho de José adoeceu, seu estado agravou-se levando-o a falecer. José ficou muito triste e começou a beber com frequência. Chegava atrasado ao trabalho, vindo a ser despedido. Uma amiga de Maria falou que isso era "encosto" e Maria levou José ao terreiro da Mãe Rita, onde tomou banho de ervas, e algumas obrigações para com o santo. José pasou algum tempo sem beber, mas pouco tempo depois voltou a fazê-lo diariamente, em quantidades cada vez maiores. Começou a ter atitudes cada vez mais irresponsáveis com a família e os amigos. Um dia descontrolado, achava que todos queriam matá-lo, e vários animais o estavam atacando, os vizinhos chamaram a Polícia, e José sob forte contenção foi levado a um hospital psiquiátrico, onde ficou internado...".

Os participantes do grupo eram pessoas de Milagres, com faixa etária diversificadas. Crianças, adolescentes e adultos de até 60 anos experienciaram esse processo. Alguns dos personagens desempenharam na peça os mesmos papéis vividos na vida real. Dentre eles a Dona da barraca, a mãe de santo e a professora.

Mas parece significativo situar aqui o processo vivido na construção dessa história. As relações estabelecidas com o grupo, onde as surpresas e dificuldades nos ensaios pareciam refletir as situações do cotidiano da vida de uma favela. Em cada ensaio, havia sempre alterações na fala de cada personagem, os atores permutavam-se constantemente nos papéis e era como se todos pudessem desempenhar qualquer papel, para suprir um

possível imprevisto de falta de alguém. Tínhamos a desconfortável e frustrante sensação de que aquela peça jamais ficaria pronta, pois havia no grupo uma forma de organização bastante "peculiar", por nós apreendida como caótica. As cenas de violência, espancamento, "arruaça", eram vividas com muita espontaneidade e veracidade, e tínhamos por vezes que intervir, tal era o entusiasmo do grupo na expressão aberta de todo um comportamento impulsivo e agressivo. Em contraposição, havia um imenso bloqueio e timidez nas cenas familiares de maior harmonia e afetividade. Esse bloqueio afetivo se fazia presente nas relações homem-mulher e pais e filhos, tanto a nível verbal, como a nível da expressão corporal. A interpretação dos personagens que tinham maior status social e poder aquisitivo: médico, chefe de oficina, policial, eram vividos com facilidade, havendo uma acentuação da hierarquia e autoritarismo que caracterizam o perfil de cada um desses personagens. O papel principal, o José alcoolista, era vivido de forma muito lúdica, no entanto, em algumas cenas fluíam sentimentos carregados de ambigüidade. As cenas de rejeição e solicitude se misturavam, e o estimular a beber e o rechazar esse mesmo beber era a dupla mensagem presente em muito dos improvisos do script.

De maneira geral, os ensaios pareciam retratar a nível simbólico o cotidiano de suas vidas. O eterno improviso dos papéis tantas vezes mudados talvez espelhassem o improviso da vida de cada um, onde a cada dia um novo dia se inicia. Comer, não comer, fazer um biscate qualquer ou ficar ocioso, a eterna recriação de um cotidiano fatalisticamente repetitivo, mas inusitado na contínua busca de múltiplas estratégias de sobrevivência. A facilidade na representação de cenas

de violência, evidenciando a familiaridade com a mesma. Violência, algo que se insere no cotidiano de uma favela, onde o espaço da rua e da casa, por vezes é tão pouco diferenciado. A privacidade da casa tantas vezes invadida pelo espaço da rua, transformando o pessoal no coletivo.

Poder compreender as relações humanas estabelecidas na comunidade e formas peculiares de lidar com a questão do alcoolismo, à luz dos ensaios dessa peça teatral, foi uma experiência muito rica que nos aproximou muito do grupo. Vivemos juntos as ansiedades do dia da apresentação e o grupo nervoso manteve no último ensaio os improvisos de sempre.

Dia do Seminário, cenário improvisado, mãe de santo vestida de amarelo e branco, um público de mais de cem pessoas, a história de José fluindo na fala de cada um e com ela nascendo também o Grupo de Teatro Popular de Milagres. O Seminário de dois dias atingiu os objetivos e expectativas, tendo a co-participação da Unidade de Alcoolismo do Hospital Ulisses Pernambucano e Grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA). Uma tentativa de prevenção, semente solta e perdida na cadeia de significados presentes nessa temática. Isolada e insignificante quando confrontada a todo o discurso veiculado pelos meios de comunicação de massa, onde o beber surge associado a status, beleza, sensualidade, juventude, força, etc.

De volta a comunidade, avaliando a experiência do grupo sentimos que os adolescentes estiveram mais atentos e receptivos aos conteúdos teóricos trabalhados em torno do alcoolismo. Para os adultos, as informações passadas não tiveram muito significado. A nossa mãe de santo refutava as informações ouvidas no Seminário, defendendo a questão inicial do "encosto" e mediu

nidade não desenvolvida, como a principal causa do alcoolismo. A dona da barraca defendia o conceito do alcoolismo-vício, motivado pela influência de más companhias, a vizinha mantinha sua opinião de que José bebia por "vagabundagem" e "falta de vergonha na cara". Foi um debate interessante depois de quase três meses de sucessivos ensaios e discursos sobre o conceito e causas do alcoolismo. O que para nós ficou claro nessa experiência é que o modelo introjetado e apreendido ao longo dos anos por toda uma cultura popular é algo bastante forte e enraizado, tendo o discurso médico muito pouco peso em relação a mudança dessas concepções mais arcaicas, e genuínas da vivência do povo.

A história de José ficou registrada num audiovisual com fotografias feitas em Milagres, "com o Grupo de Teatro". Para locução e sonoplastia contamos com a colaboração da Rádio Universitária. Surgiu também, a partir dessa experiência, uma cartilha onde tentamos levantar numa linguagem simples, os múltiplos significados envolvidos na questão do alcoolismo. "E agora José?" O que fazer com a história de José. Eis um ponto de indagação, onde o cerne da questão se centraliza na criação de Ações Preventivas que possam de fato se constituir um elo de articulação entre o saber popular e o saber científico.

## Posto de Saúde - Uma Tentativa de Prevenção

O trabalho desenvolvido no posto de saúde Martagão Gesteira, se constitui numa experiência a mais para a compreensão do fenômeno do alcoolismo. A escuta da clientela, oriunda em sua grande maioria de favelas situadas nas proximidades do bairro de Salgadinho, nos propiciava entrar em contato com a dimensão social ocupada pelo alcoolismo nas camadas mais desfavorecidas da população. O relato dos clientes no decorrer das palestras, onde vivências pessoais e familiares eram espontaneamente faladas, desencadeava no grupo um clima de muita dramaticidade, que se misturava muitas vezes à expressão de jocosas gargalhadas, pela comicidade de alguns relatos. Comédia e drama, risos encobrendo grandes sofrimentos, era a expressão de sentimentos e emoções conflitantes, que caracterizavam a vivência de cada participante. Tudo isso representava para nós um crescente aprendizado, que permitia repensar e refletir sobre o grande desafio de operacionalizar um trabalho de prevenção primária na área de alcoolismo, voltado prioritariamente para as camadas populares. Antes de nos aprofundarmos no relato da nossa vivência no Posto de Saúde Martagão Gesteira faz-se pertinente caracterizá-lo, pela estreita relação que sua direção atual desenvolveu com a comunidade de Milagres.

O Posto de Saúde Martagão Gesteira pertence a rede estadual e fica situado nas proximidades do bairro de Salgadinho. Segundo dados da pesquisa, cerca de 50,2% da população de Milagres utiliza os serviços médicos do Posto. Quando comparado a outros Postos, apresenta condições bastante satisfatórias de atendi-

mento, tanto a nível de ambiente físico, como em relação a qualidade de atendimento prestada a população. A condição privilegiada deve-se ao compromisso e engajamento da direção que vem tentando, na medida do possível, adequar o atendimento às necessidades da população. Atendendo a solicitações de lideranças do Conselho de Moradores de Milagres, participou de assembléias gerais onde foram colocadas críticas e sugestões para mudança de sua dinâmica de funcionamento. Muitas das solicitações da população foram progressivamente sendo atendidas. Essa experiência positiva gerou no entanto alguns conflitos entre a demanda da clientela do Posto oriunda de Milagres e os funcionários do mesmo. A clientela passou a questionar a qualidade do atendimento de alguns médicos, assumindo uma atitude desafiadora frente as atendentes. Comentários como: "Nós temos direito a um bom atendimento, não podemos chegar aqui de madrugada para marcar fichas, nós pagamos impostos, vocês são pagos pelo Estado, queremos ser bem tratados...", deixavam as atendentes perplexas e indignadas. De uma atitude de passividade e submissão nascia uma conduta mais crítica e reivindicatória, chegando a haver em certas ocasiões uma inversão de papéis. Algumas lideranças de Milagres passaram a gritar por qualquer motivo e a tratar mal as atendentes do Posto. Era como se, ao se dar conta dos direitos mínimos em relação a saúde houvesse talvez um movimento de reivindicação que refletia todo o silêncio vivido ao longo da vida, em relação ao não exercício da cidadania em todos os níveis. Nessa ocasião participamos de reuniões com os funcionários e lideranças comunitárias numa tentativa de esclarecer o processo vivido por ambos os grupos.

Com relação ao alcoolismo, não havia no Posto ne-

nhum médico clínico que abordasse o problema dentro de sua especificidade. O trabalho como psicóloga no Posto tinha dois objetivos básicos: na medida que desenvolvíamos paralelamente um trabalho na comunidade de Milagres, podíamos estabelecer um elo de articulação comunidade/posto, ouvindo as necessidades dos dois grupos, numa tentativa de trabalhar as relações conflitantes que foram se estabelecendo. O segundo objetivo era o desafio de implantar as bases iniciais para o desenvolvimento de ações preventivas na área de alcoolismo. Lidávamos com uma clientela pobre que buscava o posto de saúde quando se via acometida por doenças predominantemente relacionadas a comprometimentos somáticos. Ora, segundo Lévy et alii (1975:35) "O indivíduo toma consciência do desenvolvimento da doença quando vê aparecer certos sinais: incômodo, dor, restrição da capacidade, anomalias físicas, etc. Daí, em função do seu nível de conhecimentos, do meio cultural ao qual ele pertence etc. ele "ressente" o conjunto das manifestações de um modo ou de outro... Importa notar que a doença só é ressentida pelo indivíduo afetado como tal, quando os sinais que percebe em si correspondem a sintomas reconhecidos, socialmente como indicadores de enfermidade". Nas classes populares há uma menor escuta do corpo, e a doença surge como um fenômeno brutal, que torna impossível a atividade cotidiana. Nas camadas sociais mais abastadas a doença é apreendida mais precocemente, há uma história e uma temporalidade, contra as quais é possível se preservar. Há uma tendência a se recorrer mais facilmente à medicina preventiva e deste modo proporcionar ao corpo atenção e cuidados constantes".

Nas afirmações de Levy et alii (1975) dois pontos nos chamam atenção. Em primeiro lugar, na medida que o alcoolis

mo é socialmente pouco apreendido como doença, os sinais de dependência alcoólica que progressivamente vão se instalando não são vistos como indicativos de enfermidade. Outro ponto é que a doença nas camadas pobres surge como um fenômeno abrupto e radical, pois não há uma escuta anterior do corpo em relação aos primeiros sintomas anunciados da doença, a busca ao sistema de saúde será feita pelo alcoolista com grau de dependência grave, organicamente bastante comprometido.

Quando pensamos em prevenção primária, a idéia é de impedir que indivíduos saudáveis venham a "adoecer". Como impedir a eclosão de uma "doença" que não é percebida como doença? Como trabalhar com o dependente leve, numa classe social onde os primeiros sinais não se constituem indicativos preocupantes, desde que o indivíduo continue exercendo atividade produtiva? São questões desafiantes, que ainda permanecem sem respostas.

É interessante a análise crítica do termo Prevenção, feita por Lancetti (1989:81) que retomando as origens da palavra, abre as seguintes questões: "Prevenir, etimologicamente, provém do latim praevenire, vir antes, tomar a dianteira. Dentre as onze opções que o Aurélio dá à palavra, há duas instigantes para nossa reflexão. Uma delas é fazer propender, dispor, preparar-se, outra é impedir, proibir, interromper". Não podemos esquecer as raízes históricas da prevenção: os manicômios surgiram como instituições preventivas, na medida que preveniam a cidade dos insanos, dos desviantes.

É necessário pensar criticamente os caminhos e as bases teóricas que fundamentarão ações preventivas na área do alcoolismo. Que modelo de prevenção vamos adotar?

Iniciamos nosso trabalho no Posto com todas essas

indagações, e nossa prática se constituía num aprendizado diário; era a busca de uma metodologia que encontrasse sintonia e aceitação com a forma de compreender e pensar do povo, fomentando um intercâmbio de saberes.

Descreveremos agora um pouco dessa vivência. O trabalho aconteceu a partir de reuniões realizadas semanalmente na sala de espera do posto, que aglutinava pessoas de sexo e faixa etária diversificadas, oriundas de Milagres e comunidades vizinhas. Utilizar o tempo de espera do médico ou dentista para conversar sobre questões de alcoolismo, era uma proposta geralmente bem aceita pelo grupo, havendo motivação e interesse na discussão do tema. O grupo de funcionários do Posto se dividia na aceitação dessa nova proposta de trabalho. Uma parte participava das palestras na medida do possível, e incentivava a população a também comparecer. Outra parte do grupo sentia-se bastante incomodada com a quebra da rotina, como se a nossa atividade se constituísse uma tarefa a mais. Essa conduta era claramente sentida na forma como convidavam a clientela para as palestras, havia sempre uma sugestão de que eles poderiam perder a vez da consulta médica ou dentária. Apesar dos impasses, e de todo o "não dito" que pairava no ar, trabalhávamos sempre com um grupo que variava de 10 a 30 pessoas. A temática do alcoolismo encontrava sempre sintonia e ressonância com vivências individuais. O alcoolismo era raramente apreendido como doença, e as referências do grupo se remetiam ao conceito do vício, fraqueza, falta de vergonha, e, maus espíritos. As alternativas de tratamento tinham como indicação mais comum o AA, utilização de drogas aversivas, sempre às escondidas do alcoolista, e busca de seitas religiosas (pentecostalismo e cultos afro-brasilei

ros). A possibilidade de tratamento médico ou psicológico não era mencionada. Quando no grupo trabalhado havia famílias com problemas graves de alcoolismo e onde já se tinha esgotado todas essas alternativas de cura, havia um pedido de socorro e uma solução rápida e eficaz nos era solicitado. Existia todo um sentimento de impotência, e o desejo de encontrar um caminho qualquer que magicamente trouxesse a "cura". Em cada grupo trabalhado nos chamava atenção alguns depoimentos de pessoas que, após a instalação de um quadro avançado de alcoolismo, muitas vezes ao longo de vinte anos de consumo da bebida, tornaram-se abstêmicos sem ter procurado qualquer das alternativas de tratamento acima mencionadas. Esses informantes relatavam em suas histórias o enfrentamento de situações traumáticas: acidentes de carro, situações de perda, tentativas de suicídio, etc. A maioria das histórias sugeria um contato muito próximo e íntimo com a morte, como se no confronto com "situações limites", algo se passasse internamente levando o indivíduo a reestruturar sua relação com a vida. Dentre esses casos de "remissão espontânea", traremos como ilustração alguns fragmentos da História da Vida de Severina da Silva, doméstica, 40 anos, que fez uso abusivo do álcool durante 13 anos.

"Eu sou do interior, fui nascida e criada no interior, aí com 17 anos vim parar aqui e fui trabalhar em casa de família... arranjei um namorado, aí me perdi com ele e fiquei com ele 5 anos, tive quatro filhos dele... aí a minha vida continuou, ele não trabalhava, não me dava de comer, só faltava morrer de fome, aí pronto naquele aperreio, naquele sofrimento, aí botei para beber... Comecei a beber com uns vinte anos aí minha vida era daquele jeito, eu era revoltada, porque não trabalhava,

passando fome, aí eu comecei a tomar cachaça, me juntei com umas colegas que também bebiam e comecei a tomar cachaça, aí minha vida continuou, era beber direto sem parar, eu dormia bêbada e me acordava para beber... De manhã me acordava tremendo, que não aguentava nem andar... Na barraca não aguentava nem tomar cachaça de tanto que minha mão tremia... Eu abria a boca e mandava os outros bêbados botar a cachaça na minha boca para eu tomar... Fiquei inchada... meu couro caiu todinho... Uma vez fui internada em Olinda e na Restauração, via bicho subindo nas paredes, a casa rodava, achava que a polícia ia me pegar, mas era cachaça, não era polícia... Um dia meu marido me cortou to dinha, bateu na minha cabeça todinha, que eu saí quase morta e fui para Restauração... Foi nesse dia que eu disse a Deus, meu Deus eu só queria quando chegasse em casa, que não desse mais vontade de beber... Eu vi a morte assim na minha frente, embaixo daquele balão, aí eu fiquei pensando, eu tenho fé em Deus de quando eu chegar em casa não beber mais... Eu fiz que nem um compromisso que eu ia morrer e Deus me tirou a morte, aí eu pen sei assim não vou beber mais. Daí quando eu cheguei em casa to da costurada... pedi a Deus se saísse daquela cama, não bebia mais. Cheguei em casa sempre me dava aquela vontade de beber, e eu deixando passar, quando vinha aquela vontade eu dizia meu Deus, eu tenho fé em Deus de não beber mais nunca. Aí a vonta de ia dando e eu deixando passar, aí pronto... Eu deixei de be ber graças a Deus, Deus me ajudou..." (sic)

Para Severina o que a levou ao alcoolismo foram "os aperreios, o sofrimento, desespero e a fome". Desenvolveu um quadro de alcoolismo avançado, onde a Psicose Alcoólica e todos os sinais relativos a Síndrome de Abstinência se fizeram presen

passando fome, aí eu comecei a tomar cachaça, me juntei com umas colegas que também bebiam e comecei a tomar cachaça, aí minha vida continuou, era beber direto sem parar, eu dormia bêbada e me acordava para beber... De manhã me acordava tremendo, que não aguentava nem andar... Na barraca não aguentava nem tomar cachaça de tanto que minha mão tremia... Eu abria a boca e mandava os outros bêbados botar a cachaça na minha boca para eu tomar... Fiquei inchada... meu couro caiu todinho... Uma vez fui internada em Olinda e na Restauração, via bicho subindo nas paredes, a casa rodava, achava que a polícia ia me pegar, mas era cachaça, não era polícia... Um dia meu marido me cortou todinha, bateu na minha cabeça todinha, que eu saí quase morta e fui para Restauração... Foi nesse dia que eu disse a Deus, meu Deus eu só queria quando chegasse em casa, que não desse mais vontade de beber... **Eu vi a morte assim na minha frente**, embaixo daquele balão, aí eu fiquei pensando, eu tenho fé em Deus de quando eu chegar em casa não beber mais... Eu fiz que **nem um compromisso que eu ia morrer e Deus me tirou a morte**, aí eu pensei assim não vou beber mais. Daí quando eu cheguei em casa toda costurada... pedi a Deus se saísse daquela cama, não bebia mais. Cheguei em casa sempre me dava aquela vontade de beber, e eu deixando passar, quando vinha aquela vontade eu dizia meu **Deus, eu tenho fé em Deus de não beber mais nunca**. Aí a vontade ia dando e eu deixando passar, aí pronto... Eu deixei de beber graças a Deus, Deus me ajudou..." (sic)

Para Severina o que a levou ao alcoolismo foram "os aperreios, o sofrimento, desespero e a fome". Desenvolveu um quadro de alcoolismo avançado, onde a Psicose Alcoólica e todos os sinais relativos a Síndrome de Abstinência se fizeram presen

tes. O contato íntimo com a morte e o vínculo com Deus, foram elementos que levaram-na a deixar o alcoolismo. O que de fato se passou na dinâmica interna de sua personalidade, que processo foi vivido por Severina que a levou a redimensionar sua relação com a vida? Resgatou sua relação com o atual companheiro, deixou as ruas e os viadutos e vive em sua própria casa, podendo viver a maternidade através da adoção de um filho, que cria com carinho. Nos diz emocionada: "Quando Deus me deu filhos eu não soube criar, não pude ser mãe, um dos meus filhos tiraram dos meus braços e eu estava tão bêbada que não sei quem, nem onde. Depois que deixei de beber, quis ter um filho, nasceu morto, Deus me castigou, agora estou aprendendo a ser mãe com esse aqui" (sic). Não está ligada a nenhuma religião institucional, não frequenta igrejas, fez um compromisso com Deus, a quem atribui toda a força de ter abandonado o álcool.

O caso de Severina foi um dentre os muitos relatados ao longo de quase dois anos de palestras realizadas na sala de espera do Posto. Esses indivíduos de alguma forma, sem ajuda de fora, resgataram recursos internos saudáveis de sua personalidade, redimensionando sua relação com o mundo, quando confrontados com situações limites, variáveis em termo de gravidade e dramaticidade de pessoa para pessoa. Talvez um elemento a mais na compreensão do alcoolismo pudesse surgir do estudo em profundidade desses casos de "remissão espontânea".

Outro ponto a ser abordado nessa leitura crítica de nossas palestras é que para algumas pessoas dos grupos trabalhados, o conceito de alcoolismo-doença gerava reações de incredulidade e ironia. Eram frequentes comentários como: "se é doença acabou-se o problema, tem cura". Neste sentido, o conceito

de doença era reduzido ao contexto orgânico, passível de cura i mediata, mediante medicalização.

Não podemos mensurar os resultados desse nosso trabalho de quase dois anos. No entanto, nos chamou atenção que na pesquisa realizada em Milagres, onde foram aplicados 100 questionários abordando conceito, etiologia e alternativas de tratamento do alcoolismo, o conceito de alcoolismo-doença teve maior representatividade que em outras comunidades. Em termos percentuais, 16,8% dos entrevistados atribuíram ao alcoolismo um conceito de ordem médica, em comparação com os percentuais que variavam de 3% a 7% em outras áreas pesquisadas. Vale ressaltar que 50,2% da população de Milagres frequênta o posto, e que algumas ações preventivas foram desenvolvidas na própria comunidade. No entanto esses resultados abrem uma nova indagação: até onde a incorporação de um modelo médico se constitui uma ação efetiva para a diminuição da prevalência de alcoolismo na área? Até onde o saber científico tem a eficácia de mudar comportamentos? É significativo ressaltar que com relação às alternativas de tratamento não houve um aumento significativo. Apenas 7% do grupo pesquisado referiu a assistência médica como alternativa, indicativo que não diferiu muito das outras áreas, onde os percentuais variavam entre 3,5% a 6%. Acredito que todos esses achados são valiosos por nos permitirem uma análise crítica e realistica dos impasses, êxitos e fracassos das ações preventivas a serem desenvolvidas em camadas populares.

Para nós o desafio é instigante, e toda essa experiência nos anima a repensar e a buscar novas formas onde talvez o alcoolismo-vício e o alcoolismo-doença possam significar o entrelaçamento do saber popular com saber científico: base de futuras ações preventivas, a serem desenvolvidas no meio popular.

## CAPÍTULO IV

## O ALCOOLISMO NA FALA DO POVO

A compreensão da fala do povo nas questões de alcoolismo corre o risco de ser apreendida por um pesquisador que traz dentro de si uma dinâmica interna de múltiplas falas. Ao longo de todo um processo vivido nestes dois últimos anos se encontram, se complementam, se diferenciam a fala do psicólogo, a fala do antropólogo, a fala organicista de todo um modelo médico introjetado e transformado, a fala do fenomenólogo, que na dimensão filosófica de tantas leituras feitas carrega dentro de si uma apreensão dialética de cada fenômeno que se apresenta, a fala do poeta que se mistura na nossa escrita, em tantos momentos influenciada por Bachelard, o fenomenólogo que abre espaço para o "Direito de sonhar", a busca do imaginário, do espaço do simbólico, em cada canto, em cada lugar. A fantasia, "a louca da casa", no processo gradual de reconhecimento científico. A nossa fala, personaliza talvez a unidade difícil de ser encontrada dentro desse referencial retrospectivo e histórico de tantas falas,

geradora dessa fala, desse "aqui e agora", aberto continuamente a tantas metamorfoses, na medida que a vida se desvela e se mostra à luz de tantas escutas. É nesse momento que conseguimos juntar pedaços de tantos fragmentos de falas, que agora parecem coexistir na nossa fala de hoje, que nos sentimos internamente disponíveis e comprometidas em ler a fala do povo, do José, da Maria, da Joana, que em cada discurso feito povoaram nossos pensamentos com tantas dúvidas e indagações, nos permitindo encontrar a identidade da nossa fala deste momento. Atenta a esse referencial carregado de subjetividade, onde a neutralidade científica se configura o grande mito das ciências exatas descrita com aguda lucidez por Feysabend, (1985:29), que assim explicita seu pensamento: "A idéia de conduzir os negócios da ciência com o auxílio de um método que encerre princípios firmes, imutáveis e incondicionalmente obrigatórios vê-se diante de considerável dificuldade, quando posta em confronto com os resultados da pesquisa histórica. Verificamos, fazendo um confronto, que não há uma só regra, embora plausível e bem fundada na epistemologia, que deixe de ser violada em algum momento".

Imbuída desse referencial nos dispomos a arriscar, esse imenso desafio de compreender o discurso do povo, introjetado à luz de uma cultura popular, ora ausente e negada, ora resgatada e reconhecida como fonte latente, encoberta por uma cultura de massa, que podando a árvore em todo o seu vigor, não consegue destruir as suas raízes, profundamente implantadas na terra mãe que a originou. Talvez sejam essas raízes na fala do povo que nos proponhamos a resgatar.

Para escutar essa fala, iniciamos nosso trabalho de campo ouvindo as pessoas em conversas informais. Nossos princí

pais informantes se misturavam: havia pessoas que desempenhavam um papel de liderança na comunidade, e outros que se resguardavam no anonimato de quem se dá a conhecer nas quatro paredes de sua casa. Nas entrevistas semi-dirigidas realizadas no espaço da barraca de D. Maria (Presidente do Conselho de Moradores) aconteciam muitos desses contatos. Muitas vezes a privacidade da casa se constituía um momento de intercâmbio e troca bastante enriquecedora, pois a dinâmica da família podia ser simultaneamente apreendida.

Analisaremos a fala do povo abordando várias questões importantes para o entendimento do fenômeno do alcoolismo e sua ampla repercussão social. Em cada discurso aspectos como: causa, etiologia, imagem/auto-imagem, gênero, classe social e alternativas de tratamento, serão analisados, buscando-se o conteúdo manifesto e latente, na compreensão de todas essas categorias.

### **Conceito e Etiologia**

Em todo este contexto uma das indagações que me despertava maior interesse se remetia ao conceito e etiologia do alcoolismo. No discurso do povo essas duas questões se misturavam. Conceito e etiologia se transformavam freqüentemente num mesmo referencial. Alcoolismo-doença era algo completamente ausente na grande maioria dos discursos escutados. Na verdade, o conceito de doença para o povo, já tão exaustivamente estudado por tantos autores, se remete prioritariamente às doenças do corpo, provocadas por toda uma concretude de motivos.

O conceito de alcoolismo-doença dentro da visão con

temporânea do alcoolismo abarca a influência dos determinantes biológicos, psicológicos e sócio-culturais. No entanto conforme já aprofundamos nos capítulos anteriores esse conceito não tem a mesma representação para o povo. Atribuindo ao alcoolismo múltiplos significados, dentre os quais o vício é o mais frequente, insere-se nessa conceituação, aspectos físicos e morais que encontram sintonia com os trabalhos de Duarte (1986) sobre a representação do "Nervoso" nas classes trabalhadoras. Usando um outro linguajar, as camadas populares conceituam os fenômenos de uma forma totalizante, guardando em muitos aspectos estreita sintonia com o saber científico. Ao trazermos a fala dos nossos informantes, tentaremos evidenciar em que momentos essa articulação se viabiliza. Inicialmente traremos a fala dos alcoolistas entrevistados, que foram identificados pela comunidade como pessoas que fazem uso abusivo do álcool, causando problemas a família e a comunidade quando "embriagados". Respondendo às perguntas: O que é alcoolismo, e o que torna uma pessoa alcoolista? obtivemos os seguintes depoimentos:

**José, 38 anos, casado, garcom,** foi identificado pelos familiares como tendo sérios problemas com o uso de álcool. Pela profissão, está em contato direto com situações que estimulam o seu beber. Vejamos o que ele nos diz em seu discurso:

"Alcoolista é aquela pessoa que fica habituada só na bebida, que todo o controle pessoal e até mental está só na bebida. Se não tiver a bebida, não tem nada controlado. No meu ponto de vista isto é a pessoa que não se domina, que não se dedica a outra coisa. A incentivação dele tem que ser na bebida. Cada vez que você está bebendo, você perde a noção de alguma coisa, você está fora de si, está dominado por alguém que está lhe dominando, eu

não sei o que é, não sei se é o tal do alcoolismo. Ou é o cara que perde a mente pessoal... se eu vou beber, se eu vou tomar duas cervejas, tomo vinte; não consigo parar, só paro quando mato minha vontade, até ficar bêbado... As pessoas bebem por desgosto por um problema que existe na vida pessoal do cara. Tem que beber para desabafar. O alcoolista mistura as coisas, eu não sei explicar qual é o problema que mistura as coisas do começo até acabar, não sei o que se passa". (sic)

José apesar de não ter um referencial científico coloca em seu discurso alguns sinais encontrados na caracterização do alcoolismo de Griffith (1982:24-29), que fundamenta a "síndrome de dependência do álcool em sete sinais ou sintomas:

- 1 - Empobrecimento do repertório.
- 2 - Relevância da bebida.
- 3 - Aumento da tolerância do álcool.
- 4 - Sintomas repetidos de abstinência.
- 5 - Alívio ou esquivas dos sintomas de abstinência através de mais bebida.
- 6 - Percepção subjetiva da compulsão para beber
- 7 - Reinstalação após a abstinência

Analisaremos alguns aspectos da fala do nosso informante que encontram sintonia com esse referencial científico.

"É aquela pessoa que fica habituada só na bebida, que todo o controle pessoal e até mental está só na bebida... É a pessoa que não se domina, não se dedica a outra coisa. A incentivação dele tem que ser na bebida (empobrecimento do repertório, relevância da bebida)". Vou beber, se vou tomar duas cervejas, tomo

vinte, não consigo parar, só paro quando mato minha vontade, até ficar bêbado. (Aumento da tolerância ao álcool, percepção subjetiva da compulsão para beber). Dos sete sintomas, quatro se encontram presentes na fala de José.

Mas algo mais nos chama atenção. Quando José coloca "cada vez que você está bebendo, você perde a noção de alguma coisa, você está fora de si, está dominado por alguém, este alguém que está lhe dominando eu não sei o que é, não sei se é o tal do alcoolismo". O tal do alcoolismo é visto como algo fora de José, algo impalpável, que o leva a ficar fora de si. Perde a identidade, e se deixa dominar por alguém que não sabe o que é, algo ou alguém que tenta concretizar nomeando de alcoolismo. José se perde na compreensão de si mesmo, uma parte sua é conhecida concreta, sabe em que chão pisa, mas o "outro" desconhecido de José, que flui no contato com o álcool, lhe é ameaçador incompreensível, e nessa esfera do desconhecido José o desloca para fora de si mesmo. Augras (1981:56) dentro de uma compreensão fenomenológica de homem aborda, essa temática, abrindo caminho para uma nova compreensão "do ser" no mundo. Afirma a autora: "O que, então assegura a compreensão de si? A situação do ser no mundo é marcada pela estranheza. Nesse sentido, a compreensão do outro não descansa apenas na compreensão de si, mas se justifica a partir da situação do homem como desconhecido de si para si mesmo...". ..."Eu sou para mim o contrário de mim"... Muitas das perturbações individuais poderiam ser entendidas como dificuldades de relacionar-se com a própria alteridade".

E José conclui dizendo: "As pessoas bebem por desgosto. O alcoolista mistura as coisas, eu não sei explicar qual é o problema que mistura as coisas, do começo, até acabar, não

ambiente sócio-econômico em que se encontra inserido esse indivíduo.

Essa percepção reflete toda uma ideologia individualista, onde o indivíduo é responsabilizado por todos os males a que se vê acometido. Espelha ainda, toda uma ordem de valores reforçada pelo sistema capitalista, onde os laços de troca e solidariedade são distorcidos, e o indivíduo enfrenta seus problemas e dificuldades de forma solitária e isolada. Essa concepção do alcoolismo enquanto um ato de escolha pessoal, é tão marcante, que apesar "do povo dizer que é satanás, é coisa feita", ele não pode acreditar. Quanto a etiologia, é mais voltada para os determinantes psicológicos - "O cara tem uma raiva e vai beber para esquecer..." Há um baixo limiar a frustração, e o álcool é percebido como a forma encontrada pelo indivíduo de enfrentar os problemas cotidianos.

Finalizando, Luis compara: "aguardente, fogo e mulher de rua, tudo já passei por essa derrota". Iguala a condição da prostituta a do alcoolista, ambos marginais, ambos desviantes, ambos fruto e causa de um contexto histórico, que lida com tais questões de forma ambígua e profundamente estigmatizante. O bêbado e a prostituta, ocupam o mesmo espaço da "rua", espelham alguns dos muitos desejos reprimidos e dissimulados do homem ocidental, vividos e aceitos nos rituais do carnaval, onde o espaço do dionisíaco é então culturalmente aceito e permitido.

João, 43 anos, solteiro, biscateiro. - "Acho que o alcoolismo é uma coisa normal para muitos, para outros não, para mim foi o ponto fora dos limites. Tem duas fases, uma é divertimento, outra é desmantelo na cabeça. Dá muito prejuízo ser

bêbado..." João bebe há mais de 20 anos, filho de pai alcoolista, "que morreu de tanto beber" (sic). João apelidado de Bebinho, passa quase todo o dia embriagado. Tem um discurso incoerente e alguns momentos de lucidez. Trata-se já de uma demência alcoólica. É bastante significativa a percepção de João em relação ao alcoolismo. "Para mim foi o ponto fora dos limites..." Tem duas fases: "é divertimento, é desmantelo na cabeça". João resume assim sua história, algo que passou de todos os limites, foi além de tudo que podia ir, acarretando o "desmantelo na cabeça", há toda uma coerência nessa associação. João consegue apreender sua desarticulação interna, o desmantelo de sua cabeça, o desmantelo em que transformou toda a sua vida.

**Iolanda, 65 anos, viúva, doméstica.** Define alcoolismo como: "uma coisa feia, ruim, como uma depravação. Bebo porque tenho vontade. Tenho vontade de parar e não consigo. Já fiz tanta promessa. Quando começo a beber não paro. Porque dá alegria de beber. Aqui tem "chama" de beber, na casa dos meus filhos não bebo." Iolanda durante a entrevista expressou toda uma necessidade de evidenciar sua religiosidade, afirmando já ter sido ao longo da vida catolicíssima, crente e missionária. Define o alcoolismo expressando todo um juízo de valor: "Uma coisa feia, ruim, uma depravação". Na medida que percebe o alcoolismo como depravação, tem de si mesmo uma auto-imagem bastante negativa, percebe-se como mulher "depravada", e não consegue encontrar em si mesma recursos internos que a levem a deixar de beber. Faz promessas e busca a dimensão religiosa, com uma força fora dela, catolicíssima, crente e missionária, um caminho, uma solução para o seu alcoolismo-depravação. Outro aspecto significativo é que para Iolanda, os filhos também funcio

nam como um controle externo, algo que impõe limites. Não bebe quando está na casa dos filhos. A relação materno-filial parece ser apreendida como uma dimensão "moralizante", "virtuosa". Iolanda-mãe se opõe a Iolanda-mulher, que se permite o beber, se permite a "depravação". Implicitamente há todo um conflito esboçado na vivência dessa duplicidade de papéis.

A perda de controle, é apreendida com muita clareza, e a etiologia parece estar mais voltada para os aspectos sócio-culturais: "aqui tem chama de beber". Percebe uma forte influência do meio na sua compulsão para beber.

**Marilene, 48 anos, casada, doméstica.** Para ela alcoolismo é a pessoa que bebe direto sem se controlar. Bebe por que gosta e tem prazer na vida pela vontade de beber. Começa o dia com cachaça e não se domina, mas quem domina é a cachaça. **É difícil se controlar**, o que está aviciado na cachaça não se controla, é um vício. Quando dou para beber, bebo até amanhecer, **vendo até as coisas de casa para beber...** Marilene se considera católica, no entanto afirma: "o que eu gosto mesmo é de frequentar terreiro de Umbanda." (sic) Percebe o alcoolismo como vício, e "o aviciar-se na chachaça" é caracterizado pela perda do controle. Vício e dependência são nesta fala conceitos que se entrelaçam. Não sentimos na sua forma de conceito vício, um valor de ordem moral, mas um hábito costumeiro de beber, que pela sua frequência e perda de controle, levaram-na a instalação do quadro de dependência. **"É difícil se controlar... Quando começo a beber, vendo até as coisas da casa...** Nessas expressões estão implícitas a relevância da bebida e o aumento da tolerância, sintomas apontados por Griffith (1982) como sinais de dependência alcoólica. Há subjacente a fala de Marilene toda uma sinto

nia com o saber científico.

Ademir, 31 anos, casado, ambulante, define alcoolismo como uma doença progressiva e incurável que mata, que mais mata no mundo, mata desmoralizando. Antes de frequentar o AA, a chava que passava de pai para filho e era um vício. Mas não é, é uma doença. Achava que vinha de família, os pais, os tios. Não é vício, é doença, como diabete. Bota cerveja na boca da criança e vai influenciando a criança, e vai, vai, até se transformar num alcoólatra. É a influência dos amigos, da família que leva uma pessoa a ser um alcoólatra." Ademir é membro do A.A. (Grupo de Alcoólicos Anônimos), teve cinco internamentos por bebida e há aproximadamente 10 anos é abstêmio. Utiliza em seu discurso toda a linguagem adquirida no Grupo de AA. No entanto, na medida que sua fala vai fluindo com mais espontaneidade, sentimos uma multiplicidade de conceituações que se misturam, se confundem e se entrelaçam. Vejamos um pouco da fala de Ademir: "Alcoolismo é uma doença progressiva e incurável... Achava que passava de pai para filho e era um vício. Não é vício, é doença, como diabete... É a influência de amigos e família que leva a pessoa a ser alcoólatra... Acho que a pessoa bebe por vício, aliás como alcoólatra, falo em vício por força de costume... O cara que bebe não tem moral, não tem nada..." Alcoolismo-doença, alcoolismo-vício, negação dos aspectos hereditários, maior relevância aos aspectos culturais. O AA por toda dinâmica de seu funcionamento, foi o fator responsável pela recuperação de Ademir. No entanto todos os pressupostos teóricos que norteiam o trabalho do AA na percepção do Alcoolismo enquanto doença, parece terem sido assimilados de forma bastante superficial. A compreensão primeira de Ademir do alcoolismo como vício, tem um

cunho moral: "o cara que bebe não tem moral, não tem nada....., mas parece também está pautada, no hábito, no acostumar-se: "não é vício, é doença... bota cerveja na boca da criança e vai influenciando a criança, vai, vai, até se transformar num alcoólatra. Vício vinculado ao beber costumeiro, instalando o quadro de dependência. Ademir misturou em sua fala modelos fragmentados de muitos discursos, que não conseguiram encobrir a sua forma pessoal e peculiar de compreender o alcoolismo enquanto vício, modelo introjetado ao longo de todas as suas vivências, à luz talvez de sua própria história de alcoolismo.

Analisaremos agora os discursos do grupo dos não-alcoolistas, muitos dos quais lidam em seu cotidiano com esta problemática, presente num membro da família, num amigo próximo ou nas relações de vizinhança.

Geralda, 42 anos, casada, empregada doméstica. O alcoolismo pode ser encosto de matéria mal que fica vagando e pegou ele. É como se fosse uma droga, encuca uma coisa e acha que só resolve se beber. É como um vício. Os amigos que bebem levam também outros ao alcoolismo. A pessoa tanto bebe com dinheiro, como sem dinheiro. O povo diz que sou médium, por isso meu marido bebe. Muita gente diz que se eu trabalhasse no terreiro, ele parava de beber. A pessoa manifestada recebe o espírito bom depois é que bebe... Às vezes as pessoas dizem assim: - Precisa de beber para ser homem. Saudade e distância da família levou meu marido a beber.

Maria do Carmo, 52 anos, casada, dona de "barraca". Para mim alcoolismo é como um espírito maligno que entra nesse povo aviciado. É um negócio feito, uma doença, porque o vício, é como uma doença. Vai se habituando, quanto mais dia vai pas

sando aquilo vai tendo uma prioridade e aumentando a dosagem. Tenho um filho que bebe muito, pelas más companhias, colegas que começam a induzir..."

Essas informantes, ambas mulheres, com história de alcoolismo na família, (marido, filho) conceituam o alcoolismo como: "um encosto de material que fica vagando, espírito maligno que entra, nesse povo aviciado." (sic) Diante da dificuldade de lidar com o problema, talvez o atribuir a "outrem" a causa do alcoolismo se constitua uma forma de lidar com a rejeição advinda das experiências negativas sofridas... Não é a pessoa que lhe é repulsiva, não é ela que passa a ser odiada, mas o espírito maligno que entrou ou se incorporou no seu corpo. Há um mecanismo de negação e desconflitualização. É tirada do indivíduo qualquer responsabilidade em relação a seus comportamentos agressivos, autodestrutivos, inadequados. Ele passa a ser vítima de uma situação, dominado por alguma coisa que transcende a sua própria vontade. No caso de Geralda há um outro aspecto significativo. Ela atribui a si mesma o alcoolismo do marido. Está sendo punida por não ter desenvolvido a sua mediunidade, por não estar incorporando espíritos. Esses espíritos não incorporados, entram no corpo do marido levando-o ao alcoolismo. Além de atribuírem ao alcoolismo uma conceituação voltada para fatores de ordem religiosa, nossas informantes também o conceituam como vício. Maria do Carmo apreende vício e doença como um processo similar. Nas sua fala, o habituar-se leva a instalação da dependência, havendo a relevância da bebida ("... aquilo vai tendo uma prioridade"... ) e o aumento da tolerância ("... e aumentando a dosagem"). A conceituação de vício se insere de forma bastante evidente no discurso médico. Uma das nossas in

formantes, (Geralda) caracteriza o alcoolismo do companheiro, atribuindo-o a múltiplas razões. No entanto, na medida que o alcoolismo-encosto, parece ter uma relevância maior, coloca-o como algo externo. O companheiro se torna agente passivo de sua própria história. As alternativas encontradas se remetem a ordem do sobrenatural. A busca de outras dimensões, voltadas para religiosidade popular, são as saídas viáveis para o encontro da "cura".

Quanto a etimologia, os determinantes sócio-cultu-  
 rals: "Influência de amigos ou nas companhias, bebeu para se tornar homem" e psicológicas: encuca uma coisa, só resolve se beber... saudade e distância da família", são os mais ressaltados.

Arly, 39 anos, casada, bordadeira. "Alcoolismo é uma coisa muito feia. Acho que é muita preocupação, falta de emprego. Ou bebe mesmo porque quer. Se bebe porque quer, porque gosta, porque tem dinheiro para beber."

Manoel, 62 anos, casado, pequeno comerciante, bebe para se divertir e se distrair, é alcoolista porque quer, porque tem vontade. Aquilo que uma pessoa não tem vontade de fazer, não faz não, se os outros mandam não faz não, é uma coisa que a pessoa quer.

Nestes relatos, o alcoolismo tem uma conceituação moral - "é uma coisa muito feia", sendo apreendido também como algo pertinente a vontade do indivíduo. "Bebe porque quer, porque tem vontade", é algo opcional, decorrente da livre escolha do indivíduo, no uso pleno de sua liberdade. Se esse beber leva a condutas autodestrutivas, estas se devem a essa escolha primeira. O indivíduo tem uma vontade, e a vontade é apreendida

como fator determinante na construção de sua história de alco<sub>o</sub>lista. A nossa informante apesar de priorizar essa idéia, res<sub>u</sub>salta também "muita preocupação e falta de emprego", fatores que se inserem na etiologia do alcoolismo entre os determinantes psi<sub>co</sub>cológicos e sócio-culturais.

**Marinalva, 28 anos, solteira, doméstica.** "Alcoolis<sub>mo</sub> é a pessoa que bebe sem parar, não se controla diante da be<sub>u</sub>vida. Que vive bebendo, que dorme e acorda já vendo a be<sub>u</sub>vida na frente. Varia de problema para problema, de casa, rejei<sub>ç</sub>ão, situação financeira, desemprego."

**Joana Francisca, 51 anos, casada, lavadeira** "o que leva uma pessoa a beber é o desespero e amigos... Muita gente se destrói, leva a loucura, por causa do alcoolismo. Acho que a pessoa deve dominar o vício, não o vício dominar ninguém. Beber por vício para se embriagar, chegar em casa batendo na mulher desconfiando que ela tem outro. O alcoolismo é uma coisa tão forte que penetra no juízo, e ele não diz coisa com coisa."

Nos relatos, os nossos informantes apreendem o be<sub>u</sub>ber como perda de controle, o que acarreta uma relevância da be<sub>u</sub>vida no cotidiano - "... não se controla diante da bebida... vi<sub>u</sub>ve bebendo, ... dorme e acorda já vendo a bebida na frente." Be<sub>u</sub>ber por vício - "acho que a pessoa deve dominar o vício, não o vício dominar ninguém". Neste sentido vício é apreendido como dependência que se instalou, sobre a qual o indivíduo não tem con<sub>u</sub>trole. Essas conceituações se aproximam do modelo médico, na me<sub>u</sub>dida que apontam sintomas da síndrome de dependência alcoólica. Com relação a etiologia, os determinantes sócio-culturais: si<sub>u</sub>tuação financeira, desemprego, influência de amigos e os psi<sub>co</sub>lógicos: rejei<sub>ç</sub>ão, problemas, desespero, são os mais resalta-

dos. Um dos relatos salienta também as consequências do alcoolismo: **agressividade, desconfiança, loucura.**

Os nossos informantes de maneira geral, revelam em seus discursos uma diversidade de conceituações. Alcoolismo como perda de controle e vício, encontram-se presentes em muitos dos discursos analisados, guardando em alguns casos estreita correlação com o modelo médico. Em termos etiológicos os determinantes sócio-culturais, seguidos dos psicológicos são os fatores de vulnerabilidade mais ressaltados pelo grupo.

#### **Auto-Imagem e Alcoolismo**

Diante de tais discriminações sofridas pelo alcoolista, como ele passa a se perceber na comunidade, qual a auto-imagem que é passível de ser construída ao longo de anos em que os chamados "símbolos de estigma" vão progressivamente se cristalizando, transformando João, José ou Maria em "Bêbados", despersonalizando-os enquanto pessoas? É interessante analisar a fala dos alcoolistas quando perguntados: O que mais lhe agrada ou desagrada num alcoolista? Ao falarem do outro, estão também falando de si mesmo, o outro espelha a realidade de cada um. Como esse espelho é transcrito em cada fala, nos parece bastante pertinente de ser analisado e compreendido:

- Eu bebo, mas quando estou bom, **tenho o maior abuso de bêbado, bêbado não agrada a ninguém. Eu bom não aturo um cara que bebe um segundo. O cara bêbado só faz besteira, anda caindo, é um chato... (José)**
- Tudo desagrada num bêbado, o que ele faz, tudo é errado. Eu

- fui caneiro e nunca fazia nada que prestasse. Quando estava bêbado só fazia coisa para desagradar o pessoal. (Luis)
- O cara que bebe não tem moral, não tem nada, não agrada a ninguém. O bêbado tem duas personalidades. Não agrada a ninguém. Todo mundo censura. Quando é violento é que desagrada mesmo. Acho que não tem quem goste de bêbado, mesmo quem bebe não gosta de bêbado. Eu mesmo quando passava um mês ou dois sem beber não gostava de bêbado... Se chegasse um bêbado perto de mim eu ficava "virado". Agora se eu não gostava de bêbado não deixava de beber? (Ademir)
  - Não consigo não agradar o que não sei... (dar muitas gargalhadas). (João Floriano, 43 anos, biscateiro),
  - Nada me agrada num bêbado. É muito chato... a teimosia do bêbado. (Iolanda)
  - Nada agrada, fica violento, fala as mesmas coisas, é horrível.

Todos os informantes alcoolistas vêem o "bêbado" como desagradável, quando sóbrios não conseguem "aturar um cara bêbado por um segundo",... "se chega um bêbado perto de mim fico virado" (sic). Na medida que vivem uma contínua rejeição por parte da comunidade, se rejeitam a si mesmos. Não são gostados, nem se gostam. O espelho de outro bêbado se constitui uma imensa ameaça. É o confronto do desamor vivido, desamor em duas dimensões: amor do outro, amor de si mesmo. Despersonalizado e coisificado se insere num perigoso labirinto, onde o beber o leva a anestesiá-lo do desconforto, e do isolamento afetivo que o aprisiona.

O copo passa a ser nomeado como o amigo, e uma relação afetiva se estabelece com a "bebida", que se personaliza, se transformando no centro de sua existência. O grupo dos não al

coolistas também percebem o bêbado como desagradável, caracterizando os seguintes comportamentos como os que mais incomodam: "Desrespeito, conversa fiada, fica enxerido, não olhar para ninguém, só para o copo de cachaça, indiscrição, falam coisas que não tem coragem de falar quando sóbrios, conversam pra frente e pra trás, conversam do passado... violência". Nenhum dos informantes apontou qualquer característica positiva, havendo nessa questão uma uniformidade com o grupo dos alcoolistas. A ruptura das relações interpessoais é apreendida com muita lucidez por um dos informantes quando comenta: "Não olha para ninguém, só para o copo de cachaça". O copo, companheiro, amigo, toma o lugar de todos "os outros": família, trabalho e o João, José ou Maria vão se coisificando ao lado desse copo.

Na medida que nosso objetivo é compreender as representações do fenômeno do alcoolismo no meio popular, e que esse fenômeno é algo totalizante, que atinge o indivíduo nas suas múltiplas relações: consigo mesmo, com o outro e com o mundo; abordar a imagem introjetada e a imagem refletida no rosto do outro, nos traz uma valiosa contribuição, no aprofundamento desta temática

### **Alcoolismo e Classe Social**

Outro aspecto que constituiu alvo do nosso interesse, é a compreensão da percepção do alcoolismo inserido em duas classes sociais distintas. Nessa compreensão do duplo estigma sofrido pelo alcoolista pobre, consideramos significativo ouvir essa população, colocando para os informantes a seguinte

indagação: Para você tem diferença alcoolista pobre do alcoolista rico? Traremos aqui a fala dos dois grupos indiscriminadamente, pela uniformidade existente na compreensão dessa questão por todos os entrevistados, alcoolistas e não alcoolistas.

- A diferença é só numa coisa, é porque o bêbado rico é mais apoiado, e o pobre não. O pessoal fica falando, não tem dinheiro nem para fazer feira, e fica bêbado, faltando tudo em casa. O pobre não tem nada, gasta tudo na cachaça. O rico tá montado no dinheiro, se não tiver dinheiro deixa um vale, um cheque. (José)

- "Tem muita diferença sim. Bêbado rico é mais protegido, bêbado pobre vive apanhando, morre como cachorro no meio da rua", não tem carro para apanhar"... (Anly)

- A diferença é muita, um cara pobre bebendo qualquer coisa errada sai logo rebocado. Um rico, faz qualquer coisa e encapam o que ele fez. O pior erro que o rico faz todo mundo encobre, o pobre não. (Luis)

- Acho que o alcoolismo para atingir, não atingir classe, nem cor, nem nada, para atingir qualquer pessoa. Só muda a versão, posso dizer que o alcoolismo quando entrou em mim eu não tinha nada, como não tenho hoje. Para o rico ele tinha alguma coisa e perde tudo..." (Ademir)

- "Acho, porque bêbado pobre quando tá bêbado se diz logo leva ele, leva ele e o bêbado rico não..." (João)

- "O bêbado rico tem dinheiro, e o pobre não. O rico pode pagar a bebida, o pobre tem que pedir dinheiro para beber. Ninguém olha o rico, só olha o pobre. O pobre deixa de comer para cachaça". (Marilene)

- Os ricos quando bebem tem apoio dos ricos, tem o carro na ho

- ra, ninguém nota. Mais o pobre todo mundo vê, vem caindo e todo mundo nota. Se cair no meio da rua, dorme ali... (Iolanda)
- Com o rico o povo aguenta tudo, e com o pobre não. O rico sempre é mais respeitado. O pobre não, todo mundo quer bater e empurrar... (Maria do Carmo)
- "Tem diferença. O pobre só bebe cachaça para inchar, o rico bebe da boa. O rico tem muito tratamento e fica bom. A família protege para não dar escândalo". (Geralda)
- "O rico é mais discreto, e o pobre mais indiscreto. O rico faz as coisas que ninguém percebe, e o pobre por ser pobre mesmo vai fazer as coisas para chamar atenção mais ainda. O rico se encobre... Faz as coisas que ninguém percebe, discretamente". (Marinalva)
- É claro que tem, pelo modo dos outros usar a diferença. O rico tá bêbado ninguém diz que é bêbado, diz que é enxaqueca, se sentindo mal, mas o pobre, todo mundo diz logo, mesmo que esteja só se sentindo mal, é um bêbado... (Manoel)
- Tem porque o bêbado pobre, quando ele bebe, ele cai no meio da rua, parece que é um cachorro que está ali. E o bêbado rico, vai para casa de carro. Diz a esposa que tomou umas doses e vai dormir. O pobre não, um morreu outro dia no meio da rua, e a mulher que morava bem perto, não veio colocar um lençol em cima dele, porque há muito tempo já tinha dado desprezo a ele. (Joana)

Chama-nos a atenção em cada fala e no conjunto de todo o discurso, a consciência clara e lúcida da pobreza enquanto classe social estigmatizada. O alcoolismo surge como algo a mais, algo que se acrescenta a um estigma já existente. Comentá

rios como: "Um cara pobre bebendo qualquer coisa errada, sai logo rebocado..., um rico encapam o que ele fez... Pobre quando tá bêbado se diz logo, leva ele, ... rico não ... rico tem apoio dos ricos, o carro para apanhar... pobre todo mundo vê, vem caindo... rico o povo aguenta tudo, é respeitado, pobre não... Bêbado pobre cai como cachorro... um morreu outro dia na rua... rico não... rico recebe muito tratamento, e fica bom, a família protege para não dá escândalo". O direito a cidadania é percebido como inexistente para o pobre, ele se vê à mercê da polícia, desprotegido, "rebocado" ao menor erro, e o rico representa toda a impunidade, tudo é "encapado". O pobre se expõe, o espaço da barraca, da rua se mistura ao da casa. Não há privacidade, não há proteção. O rico se encobre no espaço do carro, da família, da casa que se diferencia e o isola da rua. "Pobre cai como cachorro", fica na rua, às vezes um espaço que lhe é tão familiar quanto a casa. Na rua se vê exposto a tantos olhares, a tantas críticas, hipertrofiando aquele sentimento de menos valia, de abandono, de ser pobre e bêbado. "Rico tem tratamento e fica bom" a família protege para não dar escândalo. Tal afirmação deixa implícito que pobre não tem tratamento, não fica bom, "por ser pobre mesmo, vai fazer as coisas para chamar atenção, mais ainda", já chama atenção pela pobreza e "mais ainda se tornando bêbado". Não tem mais o que perder, o escândalo já é a própria pobreza, o alcoolismo é algo a mais que se soma a esse primeiro escândalo. A fala do povo nos remete ao nosso questionamento inicial, evidenciando que o alcoolista pobre sofre um duplo processo de estigmatização. Tal estigma é hipertrofiado em decorrência da classe social a que pertence. Esta afirmativa é bem explicitada por Velho (1981:146) ao analisar que a questão

da cidadania no Brasil é extremamente frágil: "Embora na lei tenhamos direitos e liberdades extensivas a todos os membros da sociedade brasileira, na prática temos cidadãos de primeira, segunda e terceira classes e mesmo não cidadãos, isto é, indivíduos sem vez, sem espaço e sem nenhum respaldo real nas instituições vigentes. É importante chamar atenção de que não se trata de um problema que possa ser explicado apenas em função de pobreza, miséria, má distribuição da renda, etc. Sem dúvida os membros das camadas de baixa renda vivenciam com mais constância e dramaticidade a ausência de direito e garantias". Goffman (1982:136-137) analisa os desviantes intragrupais e os sociais. Corroborando com o pensamento de Velho quando insere a população pobre como desviantes sociais: "Os membros da classe baixa que, de forma bastante perceptível, trazem a marca de seu status na linguagem, aparência e gestos, e que, em referência às instituições públicas de nossa sociedade, descobrem que são cidadãos de segunda classe...". Fica bem claro, então, que os desviantes intragrupais, os desviantes sociais, os membros de minorias e as pessoas de classe baixa algumas vezes, provavelmente, se verão funcionando como indivíduos estigmatizados, inseguros sobre a recepção que os espera na interação face-a-face, e profundamente envolvidas nas várias respostas a essa situação. Isso ocorrerá pelo simples fato de que todos os adultos são obrigados a manter relações com organizações de serviço, não só públicas, com comerciais, onde se supõe que prevaleça um tratamento cortês, uniforme, com base limitada apenas à cidadania, mas onde surgirão oportunidades para uma preocupação com as valorizações expressivas, hostis, baseadas num ideal virtual de classe média".

A fala do povo reflete uma cidadania negada, que é

a cada momento concretizada na rotina do dia-a-dia. Varando as madrugadas nas filas do INAMPS, para um atendimento médico de cinco minutos, nas salas de aula de um sistema educacional sucateado, nas reivindicações essenciais à sobrevivência: habitação, saneamento básico, trabalho. É com essa camada pobre, sem cidadania, que busco compreender o fenômeno do alcoolismo. E esse alcoolismo pertence as classes populares que sofre de forma avassaladora as consequências físicas, psicológicas e sociais de correntes do uso abusivo do mesmo, que busco encontrar saídas e respostas, a tantas indagações, que possam vir a propiciar a implantação de ações preventivas efetivas, que possam ser operacionalizadas, respeitando o saber popular.

### **Alcoolismo e Mulher**

A compreensão do papel que ocupa a mulher alcoolista pobre em sua comunidade, o grau de rejeição e discriminação sofridos, foram aspectos que nos pareceram significativos de serem abordados dentro do nosso objetivo amplo de compreender a representação do alcoolismo nas camadas populares, levando em conta a especificidade de cada gênero. Com base na literatura existente, e pelas raízes machistas que caracterizam a nossa cultura ocidental, há um maior grau de estigmatização voltado para o alcoolismo feminino. Traremos simultaneamente a fala dos informantes alcoolistas e não-alcoolistas, por haver um grande sintonia no discurso de ambos os grupos.

- "Acho que bêbado homem já é muito feio, imagine mulher. Perde a moral, levanta a saia. O homem ficou bom no outro dia é o

mesmo homem. A mulher não...". (José)

- "Acho que a mulher que bebe é mais feio que o homem. Um troço horrível. Acho que de um homem bêbado se tem uma idéia melhor, do que uma mulher". (Luís)
- "A diferença que tem é que a mulher é mais fraca que o homem. Se no homem é feio, na mulher é mais feio ainda. Na maioria, o homem quando está bêbado, o pessoal olha e diz lá vem fulano bêbado, mas com a mulher bêbada se diz, mas rapaz, que coisa ridícula, uma mulher embriagada, todo mundo fica censurando...". (Ademir)
- "Acho muita diferença, porque uma mulher bêbada é um negócio fora do esquadro, e um homem bêbado não". (João)
- "O pessoal desclassifica mais as mulheres. O homem que bebe é mais aceito que a mulher. Todo mundo acha feio mulher bebendo" (Iolanda)
- "Beber na mulher é muito pior, fica logo desmoralizada e desclassificada, não é mais a mesma mulher. Eu bebo em casa". (Marilene)
- "O homem bêbado cai na calçada, se levanta e é o mesmo homem, a mulher bêbada caída no meio da rua, isso é triste, é feio. O povo tem um ditado: - "Cú de bêbado não tem dono". Acho isso horrível, é mais feio na mulher que no homem". (Joana)
- É triste, alcoolista mulher é muito pior, se o homem é feio, mulher é mais triste ainda (Maria do Carmo)
- "O homem bêbado já é ruim e feio, a mulher é pior ainda. Para todos os efeitos a mulher é pior que o homem neste ponto de

vista". (Manoel)

- "Mulher é mais feio do que o homem. O povo se aproveita mais da mulher bêbada que do homem". (Marinalva)
- "O homem chama mais palavras que a mulher. A mulher tem o pagante para pagar. Ela bebe para desabafar, o que não tem coragem de dizer quando está boa". (Geralda)
- "Mulher aqui tem muito pouca que bebe. A diferença é que é muito mais feio a mulher beber, feio até demais. (Arly)

O sentimento é uniforme e consensual na percepção de todos os entrevistados. É feio, muito pior do que no homem, fica desmoralizada, desclassificada levanta a saia, não é mais a mesma mulher. O álcool parece ser a ponte que transforma a mulher direita na "mulher da rua". A mulher alcoolista caminha no mesmo espaço, reflete em seu alcoolismo o espelho da "prostituta", a sexualidade liberada, que ameaça, que a estigmatiza, que a transforma em "outra". "O homem quando fica bom é o mesmo homem, a mulher não", ... "cú de bêbado não tem dono". Na fantasia de ambos os sexos, a mulher alcoolizada se permite tudo, é de todos os homens, ganha a rua se metamorfoseando em "prostituta". É dentre outras coisas que para fugir desse estigma, o beber da mulher assume características diferentes. É o beber solitário, às escondidas, na casa, fugindo da barraca, foge do confronto, das pressões, foge do mundo machista que já a discrimina como mulher. Griffith (1982:113) caracteriza assim o beber feminino: "A mulher provavelmente tem o seu padrão de ingestão molhado por um contexto diferente daquele que habitualmente afeta o homem. Se ela é dona de casa, provavelmente bebe mais em ca

sa do que no bar. É freqüente ela comprar no armazém ou no supermercado uma certa quantidade que consome em casa. Como seu orçamento para bebidas é limitado, ela acaba se preocupando com o preço e não com a qualidade, e compra a bebida mais barata que encontrar. Devido ao estigma associado à mulher que bebe, seu hábito pode permanecer furtivo e secreto por muito tempo. A preocupação não é com o horário de abertura dos bares, nem com o horário dos encontros de negócios, mas com o horário de abertura do armazém, com o período de ausência do marido, com a volta das crianças da escola, ou com a conclusão de alguma tarefa doméstica antes de começar a beber. Em geral trata-se de uma ingestão solitária, que leva a um nível de intoxicação leve, estabilizada, ao contrário dos picos de intoxicação mais característico do esquema de ingestão do homem. Deve-se ressaltar, no entanto, que este é o quadro do alcoolismo da dona de casa. A mulher que trabalha fora pode apresentar um quadro não muito diferente daquele do homem, e atualmente feminino é muito mais que uma questão doméstica... Dada a vergonha que freqüentemente envolve a mulher que bebe, a reação de perplexidade e hostilidade da família, o medo que a mulher tem de perder seus filhos, além da sensação de estar encurralada e das dificuldades em pedir ajuda, não surpreende que uma tentativa de suicídio possa ser o primeiro pedido de socorro de uma mulher nessas condições". Segundo pesquisas já realizadas, há uma menor prevalência de alcoolismo nas mulheres. Até recentemente em muitos países ocidentais eram diagnosticados seis homens alcoolistas para cada mulher alcoolista. Atribuem-se isso a todos os fatores culturais onde a mulher se insere muito mais no espaço doméstico, do que no mundo do trabalho, e a todos os tabus que envolvem o beber

feminino. Na medida que a mulher vai ampliando seu espaço vital, assumindo múltiplos papéis, rompendo preconceitos e estereótipos em torno de um modelo dito feminino, essa diferença vai gradativamente diminuindo. Segundo Masur (1987:27) "As normas culturais que protegem as mulheres do alcoolismo são as mesmas que as colocam como sujeitos passivos sem livre determinação. O preço do "não-alcoolismo" é, pois muito alto." Além desses aspectos levantados, que na literatura encontram respaldo entre pesquisadores como Keller (1980), Fernandez (1977), Robins et alii (1968) entre outros; gostaríamos de levantar algumas reflexões em face da especificidade do papel feminino, vivido na estrutura familiar das camadas populares. O papel da mulher na favela, onde assume a responsabilidade pelos filhos, pelos afazeres domésticos e manutenção econômica da família, é algo que lhe exige permanente "sobriedade".

Scott (1990) realizando pesquisa nos coelhos, um dos bairros mais pobres do Recife, encontra forte matrifocalidade e importância econômica da mulher, maior que na cidade como um todo. O autor identifica como matrifocalidade "uma complexa teia de relações montadas a partir do grupo doméstico onde, mesmo na presença do homem na casa, é favorecido o lado feminino do grupo. Isto se traduz em: relações mãe-filho mais solidárias que relações pai-filho, escolha de residência, identificação de parentes conhecidos, trocas de favores e bens, visitas etc, todos mais fortes pelo lado feminino; e também na provável existência de manifestações culturais e religiosas que destacam o papel feminino."

Esse papel feminino marcante, é algo também bastante presente, quando analisamos o maior número de lideranças fe

mininas no movimento popular como um todo. É a mulher que está mais presente nas lutas e conquistas de cada favela. Levanta-se a hipótese que este fato ocorre por ser ela a enfrentar os problemas do cotidiano, na falta de condições de saneamento básico, saúde e educação. Levar os filhos ao posto de saúde, a escola, lidar com a doença de cada dia, com a possibilidade da fome, do choro do filho doente ou faminto, são situações freqüentes na vida da mulher favelada. O homem é muitas vezes o provedor ocasional de uma renda familiar instável. Utiliza seu tempo livre em atividades de lazer (futebol, jogo de dominó, os amigos, a baraca).

A mulher na medida que é o elo de sustentação da família, muitas vezes numerosa, pode se ausentar da concretude dessa realidade, e se dar ao direito de beber? Levantamos também a hipótese de que a menor prevalência de casos de alcoolismo feminino além dos aspectos já mencionados, deve-se ao fato da mulher estabelecer vínculos afetivos mais significativos: nas relações materno-filiais, no convívio com a vizinhança, e tendo uma participação política mais atuante nas lutas do seu bairro. Não temos conhecimento, em termos de realidade brasileira da existência de estudos comparativos, entre a maior ou menor prevalência de alcoolismo feminino em populações carentes da área urbana, em relação a mulheres provenientes de outras camadas sociais. Porém nos parece significativo que a mulher pobre, confrontada em seu cotidiano, com tantas situações adversas, mate a "sobriedade". DohrenWende (1973) explica a baixa prevalência do Alcoolismo feminino, afirmando, que a mulher ao enfrentar situações adversas e ansiogênicas, utilizaria drogas tranquilizantes e a população masculina bebidas alcoólicas.

São hipóteses levantadas que deixam muitas indagações em aberto. Talvez nas nossas entrevistas, questões como: O que leva na sua opinião a ter mais alcoolistas homens que mulheres? ou ainda, o que leva a mulher a beber menos que o homem? a fala dos nossos informantes poderiam talvez oferecer algumas reflexões aqui esboçadas.

### Alternativas de Tratamento

As alternativas de tratamento utilizadas pelo meio popular ao lidar com a questão do alcoolismo foi um dos aspectos por nós abordado, através das seguintes questões abertas: alcoolismo tem solução? Como as pessoas tratam o alcoolismo, e de que forma podem ajudá-lo? Tínhamos como objetivo compreender os sistemas alternativos de cura mais utilizados pela comunidade, e até que ponto a forma de conceituar o alcoolismo teria ou não correlação com as soluções encontradas? Até onde o sistema oficial de saúde teria representatividade na questão do alcoolismo? Qual o grau de estigmatização vivido pelo alcoolista na sua comunidade de origem?

Buscaremos a compreensão dessas indagações através da fala dos nossos informantes que serão analisados em bloco.

- Tem que a pessoa querer mesmo, querer deixar. Não preciso ir a catimboseira. Para este negócio é que tão inventando agora o AA. Não precisa de nada disso... Ninguém pode ajudar só ele mesmo pode conseguir isso. ... Chamam de bêbado safado, bêbado não tem valor na boca de pessoa nenhuma. Apanha muito; muito cabra safado tira a forra e se aproveita e bate nele.

- Quando eu bebia, todos tinham raiva de mim, só os caneiros que viviam mais eu não tinham... Acho que agora eu me considero um homem, no tempo que bebia eu não era homem... (Luis)
- O tipo de ajuda, não existe o tal do AA. Não existe uma solução melhor que essa, procurar o AA. ...O pessoal daqui diz o cara que bebe não tem valor, está desmoralizado... Eles acham, o cara bebe, anda fazendo besteira, anda caído, é um preconceito que o pessoal carrega... Eu não me importo com o que eles dizem: lá vai Chico bêbado, caído, o que eles quiserem falar, falam... (José)
  - Tem solução se ele se controla, for para uma reunião do AA... Pode ajudar dando conselho para pessoa deixar de beber... Tratam por cachaceiro. Chamam de Sindicato dos Bêbados. Maltratam os bêbados. Lá vem um bêbado caído, um cachaceiro. A comunidade não sabe que bebo em casa, mas sei o que estou fazendo. (Marilene)
  - Homem, dizem que tem solução se procurar o lugar de cura. Meu pai deixou de beber. Esse lugar é o AA. Pode ajudar com remédio de farmácia. Tenho um conhecido que usou, mas voltou a beber... A maioria não entende o bêbado, e mete tapa no pé do ouvido. Eu nunca fui maltratada porque bebo em casa, não bebo na barraca. (Iolanda)
  - Por uma parte tem solução... pelo santo não tem cura... Não consigo entender... Uns tratam bem, outros consideram mal ... Uns deixa o rapaz ai, ele é uma pessoa boa, outros dizem sai para lá... (João)

- A solução é parar de beber. É procurar o AA. Essa programação de troca de experiência, se toma o remédio pela doença. Fica sabendo que o alcoolismo não é vício, nem safadeza. É uma doença. (Ademir)
- Não sei, meu pai bebia e deixou. A forma de ajudar seria conversar com ele, conduzir ele para um lugar onde ele esquecesse a bebida... Ninguém maltrata, João Bebinho mesmo que vive todo quebrado, às vezes o povo quer bater e agente não deixa. Se não ele apanharia muito aqui. As pessoas maltratam quem bebe. (Maria do Carmo)
- Bebe porque a pessoa quer. Tem solução se ele tiver força de vontade... ajudar explicando que ele não beba do jeito que bebe. Eu falo, mas eles não escutam... Não tratam mal, mas ao mesmo tempo pega logo um apelido. Aquilo é um bêbado safado. Quando vai passando todo mundo diz: - Quem é aquele? Aquilo é um bêbado safado. (Manoel)
- Acredito que tem cura, se acabasse metade dos barracos. As barracas já chamam a pessoa para beber. Às vezes é encosto, assistindo reunião, fazendo garrafada podia curar. Tenho uma amiga que vai dar um remédio, uma garrafada. Devia tomar na barraca, porque em casa abusa a casa, e prejudica a família. Já ouvi dizer também se tomar leite de porca preta, ou leite materno gelado, ele deixa... Pode convidar ele para o AA, sem falar que é reunião de alcoolismo, dizendo que é outra coisa... As pessoas aqui tratam o bêbado com ignorância, palhaçada. Botando apelidos, batem, dão pontapé Quando está bom, estão com ele, quando está bêbado, maltratam. (Geralda).

- Tem solução, quando a pessoa quer, se interessa em deixar, quando não quer, não tem jeito... Essa reunião que tem, o AA, para aqueles que querem, tem muitos que não querem conhecer, não querem nada. Tratam mais ou menos. Tratam bem, repetam ele.  
(Arly)

- Acho que tem solução, quando a pessoa tem força de vontade consegue. A pessoa tem que dá a palavra para qualquer vício que ela tiver... Ajudar dando atenção, não deprezar... Tratam aos ponta-pés... Acho que as pessoas quando ele não estivesse bêbado deveriam falar com ele, e não xingar e bater....  
(Marinalva)

- Acho que a pessoa tem que querer, com força de vontade tem solução. O AA ajuda muito, as pessoas incentivam, e o amigo vai chamando outro, e aí ele sai daquela loucura em que vive... Dar mais atenção, conversa quando ele não tivesse bêbado. Levá-lo para o AA... O bêbado quando é muito chato o povo só trata na porrada. (Joana)

Na medida que há por parte dos nossos informantes uma diversidade de conceituações e etiologias explicativas do fenômeno do alcoolismo, surgem também múltiplas alternativas de cura. O grupo dos alcoólicos Anônimos é lembrado por 66% dos entrevistados, havendo muita credibilidade na sua eficácia. Os informantes que conceituaram o alcoolismo como uma escolha pessoal do indivíduo - "o beber por que quer", não apontaram alternativa de tratamento, a única solução encontrada se remete também ao "querer da própria pessoa, a sua força de vontade", "Ninguém pode ajudar." O tratamento médico-psicológico em nenhum mo

mento é visto como alternativa viável, parecendo haver um desconhecimento de sua existência, ou descrença de sua eficácia. Um dos informantes faz alusão aos medicamentos aversivos, que devem ser ministrados sem o prévio conhecimento do alcoolista, mas põe em dúvida sua validade, ao relatar um caso de um parente, que os utilizou sem êxito. Alternativas mais pessoais como: dar conselhos, dar atenção, ter compreensão, não rejeitar etc. foram sugeridas mais pelo grupo dos não-alcoolistas. A nossa informante que conceituou o alcoolismo como "encosto", aponta como alternativa de cura, frequentar reuniões, tomar "garrafadas". Acredita num tipo de garrafada feito por uma amiga, que só pode ser tomada na barraca, "se tomado em casa, abusa a casa e prejudica a família." Outra solução seria o leite da porca preta ou o leite materno gelado. Tais alternativas nos remetem ao mundo simbólico, onde a garrafada, o leite da porca preta, o leite materno gelado, se associam a fórmulas mágicas, carregadas de misticismo e mistério. Contém elementos de outros mundos, se mesclam de "espíritos", que levam a cura, numa outra dimensão da compreensão humana.

O leite materno gelado, simbolicamente ligado a uma maternagem-primeira, a um vínculo materno-filial arcaico e primário, é simbolicamente apreendido, como provável elemento substitutivo do álcool.

Com relação ao tratamento dado pela comunidade ao alcoolista, é percebido por todo grupo como discriminativo e estigmatizante. Referências como: "bêbado safado, bêbado não tem valor na boca de ninguém..., só agora me considero um homem, no tempo que bebia não era homem... chamam de cachaceiro, batem muito neles..." são indicativos presentes em todos os discursos.

Uma das nossas informantes alcoolista utiliza a expressão nomeada pelo povo de "sindicato dos bêbados". É como se a comunidade na medida que os discrimina os enquadra em um "novo sindicato." Esse sindicato os exclui, colocando-os à margem da vida da comunidade. Um micro modelo de "instituição aberta" "o pequeno hospício", que se cria no cotidiano da vida da comunidade, que os marginaliza como desviantes, colocando-os num espaço próprio.

As mulheres alcoolistas entrevistadas não se percebem sofrendo esse processo de discriminação. Bebem raramente na barraca. Fazem cotidianamente uso da bebida alcoólica em casa, o que as leva a uma baixa frequência de exposição em público, quando embriagadas. A barraca é muito mais o espaço do homem, o que conseqüentemente o leva a sofrer mais rapidamente uma maior estigmatização. Segundo Gooffman (1981:53) O alcoolista pode se incluir dentre os indivíduos que recebem os chamados "símbolos de estigma", ou seja: "... recebe signos que são especialmente efetivos para despertar a atenção sobre uma degradante discrepância de identificação que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente, com uma redução conseqüente em nossa valorização do indivíduo". O alcoolista pobre recebe e introjeta um estigma que degrada progressivamente sua identidade social, em virtude da frequência e visibilidade em que se apresenta publicamente alcoolizado. Deixa de ser considerado uma criatura comum e total, fica reduzido a uma "pessoa estragada e diminuída", integra o chamado "Sindicato dos Bêbados".

É interessante analisarmos as contradições da fala da nossa informante, dona da barraca, ao referir-se ao tratamento dado pela comunidade a João (Bebinho): "Ninguém maltrata, João

Bebinho mesmo, que vive todo quebrado, às vezes o povo quer bater e a gente não deixa... João é usuário da barraca de D. Maria, ela fornece a bebida que o embriaga, mas o protege das consequências de sua embriaguêz. A ambiguidade vivida por D. Maria, dona de uma das barracas, que fornece bebida para muitos dos alcoolistas de Milagres, reflete a mesma ambiguidade da sociedade ao lidar com a questão do alcoolismo. Estimula o consumo do álcool e rejeita as consequências advindas do seu uso abusivo.

A análise dos conceitos e etiologia do alcoolismo, assim como os sistemas de cura encontrados pelos nossos entrevistados, refletem o caráter totalizante, onde toda uma categorização definida por Duarte (1986) como "fenômenos físico-morais", encontram-se marcadamente presentes, na compreensão do alcoolismo pelas classes populares.

## CAPÍTULO V

### TENTATIVA DE MEDIAÇÃO ENTRE O SABER CIENTÍFICO E O POPULAR: AGENTES DE SAÚDE

#### Intercâmbio de Saberes: Desafios e controvérsias

Ao trazermos o relato desta experiência, objetivamos analisar prioritariamente o papel do agente de saúde mental em sua comunidade. Até que ponto poderá atuar como agente de mediação entre o saber popular e o científico? Com relação ao alcoolismo como, e de que forma, se constitui num agente de prevenção? Tendo o domínio das representações populares sobre o alcoolismo, e dos sistemas de cura mais utilizados em sua comunidade, o agente poderia ser um instrumento de articulação entre as duas ordens de saberes.

Participando conjuntamente na equipe de saúde mental, poderia se integrar no planejamento e execução de programas de prevenção, que viessem a sensibilizar as camadas populares, havendo uma aliança e justaposição de saberes.

Essas premissas fundamentaram nossa metodologia de ação, e foi com os resultados obtidos na pesquisa participante, que trabalhamos com os agentes as questões teóricas básicas sobre o fenômeno do alcoolismo.

Formar agentes de saúde, é uma questão muito controversa, principalmente quando nos remetemos a área de saúde mental. Autores como Jurandir Freire (1984) não acredita que educação psicológica possa vir a diminuir a prevalência de distúrbios mentais, apenas levaria a reprodução da ordem social. Ao longo do capítulo discutiremos algumas dessas contradições referentes a história dos movimentos preventistas em saúde mental.

Em torno da figura do agente de saúde há muitas controvérsias e opiniões conflitantes. Em decorrência disso, apesar de não ser esse o nosso objeto de estudo, consideramos relevante abordar um pouco de sua história, seu papel na comunidade, e em relação ao sistema de saúde como um todo.

A experiência de formação de agentes de saúde ou promotores de saúde é extensiva a toda a América Latina, e os mesmos desempenham um importante papel nos cuidados básicos a saúde em zonas rurais e bairros periféricos das grandes cidades. Em termos de realidade brasileira, o modelo da medicina comunitária nasceu pela necessidade do Estado levar uma assistência médica mais eficaz às classes populares, e que à medida em que foi tendo uma maior consciência política, passou a ser também mais exigente de seus direitos. Em função destas necessidades surgiu a figura do agente de saúde, que é uma pessoa escolhida pela própria comunidade. Muitas vezes já desempenha, como líder, um papel de destaque nas reivindicações e lutas do bairro, frente às organizações estatais.

No estado de Pernambuco, foi na década de 70, quando a ditadura militar se impunha de forma mais repressora, que começaram a surgir os grupos comunitários de saúde, em diversos locais. Tais grupos se destinavam a promover reflexos sobre saúde e representavam um espaço para discussão da conjuntura política, contribuindo na organização de formas de resistência popular. "A abertura democrática" dos governos Geisel e Figueiredo ampliou o espaço de discussão, tendo então os grupos passado a se dedicar de modo mais específico às questões da assistência à saúde, havendo uma necessidade de aprofundamento nas mesmas. Alguns profissionais de saúde, que já vinham acompanhando todo este processo, se dispuseram a organizar cursos para a capacitação desses agentes, ministrados em todo o estado de Pernambuco de forma assistemática. Não havia uma uniformidade de conteúdo e metodologia, o que levou ao surgimento de agentes de saúde com níveis diversos de conhecimento, compromisso político e formas de atuação.

Em todo Brasil começaram a surgir um número crescente de experiências, onde os profissionais e os movimentos populares se aliavam na luta pela criação de uma medicina mais apropriada aos seus interesses. Em decorrência desse processo, no início da década de 1980, surgiu o Movimento Popular de Saúde (MOPS), numa tentativa de articular e criar uma rede de troca de conhecimentos entre as experiências alternativas de medicina comunitária.

Algumas considerações sobre a atuação desses agentes nas comunidades, seja seus aspectos positivos ou negativos, são significativos de serem ressaltados.

O agente de saúde, sendo pessoa da própria comunida

de está mais capacitado em entender os problemas de saúde da população, pela relação interpessoal que se estabelece. Não há barreiras linguísticas e culturais, mas uma similariedade na visão de mundo, e apreensão do binômio saúde-doença, que tem representações bastante peculiares nas classes populares. Conhece o que cada pessoa representa dentro do jogo de relações de poder existente nas organizações e grupos comunitários. Tudo isso leva a uma compreensão mais totalizante e singular de cada indivíduo.

No entanto, na medida que a formação desses agentes venha a se reduzir apenas a reprodução de alguns conhecimentos médicos elementares, e as questões de saúde não sejam compreendidas dentro da conjuntura política, econômica e social, os mesmos terão na comunidade um papel bastante limitado. Serão meros reprodutores de algumas ações antes delegadas ao médico, pois foram treinados para não pensar, mas para seguir uma série de instruções e normas específicas. Serão simples burocratas e como consequência a comunidade terá uma assistência médica pouco qualificada, e sua atuação não levará a nenhuma transformação.

A partir do momento em que o agente de saúde entra com um novo corpo de conhecimentos, inserido numa outra ordem de saber, pode vir também a distanciar-se da comunidade. Desapropria-se do seu saber popular identificando-se com o saber e poder médico. Assume na comunidade uma postura autoritária, não democratizando, nem compartilhando os conhecimentos adquiridos.

Eymard Vasconcelos (1989:55) tece algumas consi-

derações em torno de tais riscos: "O auxiliar de saúde<sup>(1)</sup> que deveria ser alguém que mostra que a medicina não está distante do povo, passa a pregar justamente o contrário. É o autoritarismo alienador da medicina agora multiplicado pelos milhares de auxiliares"... Muitos auxiliares tem uma tendência de criar uma atitude paternalista com a clientela, gerando toda uma dependência. É uma maneira de forçarem uma valorização por uma parcela da comunidade para que se sintam seguros, contra aqueles que os atacam. Esta atitude paternalista é muito comum de ser encontrada também entre os profissionais de nível superior..."

A criação de pequenos postos de saúde espalhados pelos bairros periféricos da cidade, onde o agente de saúde é a figura central, reforça a existência de um sistema paralelo de saúde, que exercendo um papel paliativo em relação às necessidades emergenciais da população, pode se constituir um fator de alienação, e retrocesso, no processo reivindicatório da população, frente aos direitos a saúde que lhe são garantidos pela nova constituição.

Serrano (1982:56) corrobora com estes riscos afirmando: "...Este tipo de medicina comunitária tem contribuído para aliviar as tensões sociais e incentivar o povo a esperar por respostas técnicas para seus problemas. Transforma-se numa ação social paternalista, em que os recursos da comunidade, seus líderes e colaboradores passam a trabalhar para um sistema de saúde imposto, alheio as reais necessidades da população. ... Dese

---

(1) O autor utiliza a terminologia de auxiliares de saúde, ao se referir aos agentes de saúde. Tal referência é evitada por David Werne (1986:205) que ressalta: "Talvez tenham notado que evito chamar o agente de saúde de auxiliar. Não considero um auxiliar, mas o primeimembro da equipe de saúde"...

ta forma o sistema de saúde faz uma domesticação das pessoas, a través dos programas "educativos" e assistenciais, evitando que surjam novas alternativas pensadas pelas bases..."

Apesar de tantas controvérsias e riscos acerca do pa pel do agente de saúde, acreditamos que os mesmos, sendo em sua maioria lideranças comunitárias, participativas do movimento po pular como um todo, apreendem os problemas de saúde inseridos numa conjuntura política e social maior. O que pode levar a se constituírem elementos facilitadores no processo de conscienti zação da comunidade, e numa atuação reivindicatória dos direitos a saúde, o que implica na luta pela implantação de fato do sis tema unificado de saúde (SUDS) e dos direitos previstos pela re forma sanitária e nova constituição.

Werner, (1984 : 203), depois de 12 anos de expe riência em saúde comunitária reafirma essa crença: "... Se o a gente de saúde adquire uma série razoável de conhecimentos; se é incentivado a pensar, tomar iniciativas e continuar aprenden do por conta própria, se suas opiniões são respeitadas, se seus limites são determinados pelo que sabe e pelo que é capaz de fa zer, se a supervisão o apoia e educa, então é provável que tra- balhe com energia e dedicação, que faça uma contribuição impor tante para a comunidade e que ganhe a confiança e o amor da po pulação. Seu exemplo vai servir como modelo para os vizinhos: mostra que podem adquirir novos conhecimentos e assumir novas responsabilidades, mostra que a auto-ajuda é possível. Assim, o agente de saúde se torna um agente de transformação não somente na área de saúde, como também no despertar do potencial humano e da consciência coletiva... Sei que isso parece um sonho, mas, o que nos anima na America Latina é que já existem alguns pro-

gramas realmente empenhados na realização destas coisas... Onde os cuidados de saúde pelo povo e para o povo são importantes e onde o papel principal do agente de saúde é participar da humanização ou, usando a palavra de Paulo Freyre, da conscientização de seu povo".

Dentro de todo este contexto polêmico, se constituiu para nós um grande desafio o treinamento de agentes populares de saúde mental. Esta proposta nasceu a partir dos contatos estabelecidos com o meio popular através de cursos e seminários. Sentíamos que os agentes de saúde vinculados ao Mops (Movimento Popular de Saúde) tinham um conhecimento abrangente, no entanto as noções básicas apreendidas se vinculavam a atenção primária à saúde e primeiros socorros.

Iniciamos o treinamento em julho de 1989, objetivando o desenvolvimento de ações preventivas e educativas na área de saúde mental em comunidades de baixa renda. A democratização e uma leitura crítica de um saber psicológico, percebido até então como subjetivo, hermético, passível de ser transmitido dentro de instituições acadêmicas, segundo critérios de demanda já estabelecidos, se constituía uma das nossas preocupações. Para nós, havia clareza daquilo que não nos propunhamos a realizar nesse trabalho. Não objetivávamos formar o que se poderia chamar de "psicólogos de pés descalços" ou "terapeutas populares".

Promover saúde mental para nós vincula-se à crença de que as pessoas têm capacidade de trabalhar pelas suas coisas dentro de si, no seu meio ambiente, tornando-o seu meio até mais favorável a sua evolução. Têm a possibilidade de gerir seus próprios destinos, desvinculando-se progressivamente da idéia

determinística e fatalista, de que nada poderá ser mudado. Como classe oprimida, está historicamente à mercê de uma estrutura política, onde todas as suas vicissitudes são decorrentes de tal estruturação social. Não negamos que muitos dos conflitos emocionais e a própria doença mental está profundamente influenciada por fatores psico-sociais. A fome, a subnutrição, o desemprego, enfim, toda a situação de pauperização pela população de baixa renda se constitui um poderoso grito, desencadeante de múltiplos processos desestruturantes.

Mas apesar de tudo isso, acreditamos que além das condições externas desfavoráveis, as pessoas podem melhorar sua qualidade de vida; resgatando seus recursos internos, atualizando todo um potencial de luta, saindo de um estado de passividade e fatalismo, para assumindo seu próprio destino poder reivindicar os direitos de uma cidadania que lhe é negada.

Escovar (1977:134) ao caracterizar a psicologia comunitária como uma psicologia para o desenvolvimento, definiu-a como "o processo pelo qual o homem adquire mais controle sobre o seu meio-ambiente... As transformações comunitárias devem começar pela transformação das pessoas, fazendo-se com que estas se sintam mais responsáveis pelo seu destino, e mais confiantes em poder mudá-lo".

Baseado nesses pressupostos teóricos, a saúde mental é apreendida de forma ampla. Deixa de ser algo isolado, dominado por psiquiatras e psicólogos clínicos. Passa a se constituir um problema da comunidade, cujas soluções e saídas encontradas serão fruto de um trabalho conjunto.

A amplitude desse conceito de saúde mental e os objetivos propostos, implicam num trabalho político, desafiante e

extremamente difícil a nível de uma prática cotidiana. A análise histórica das ações de saúde mental e trabalhos preventivos desenvolvidos, têm tido resultados bastante discutíveis. Freire, (1986 : 70 - 71) levanta indagações interessantes, na sua afirmação de que a educação psicológica não produz saúde mental, mas somente reproduz a ordem social: "... De fato, malgrado o extremo zelo com que os indivíduos se cuidam, malgrado a maciça dose de regras de saúde mental, que são obrigados a consumir, malgrado, enfim, todo o sucesso da propaganda em torno da educação psicológica, as doenças mentais continuam existindo e para alguns tendem a aumentar. O saldo da educação não foi o que se esperava, ou seja, o acréscimo da saúde mental das pessoas. O efeito positivo da educação foi o aumento daquilo que, por analogia com o que Baltansky chamou de "competência médica", chamaríamos de "competência psicológica". Explicitando, os indivíduos, apropriaram-se do vocabulário e dos métodos diagnósticos da psicopatologia clínica e passaram a codificar, mais facilmente, o sofrimento psíquico em termos de desvio, ou anormalidades mentais. O que aumentou não foi a saúde mental, mas a capacidade de traduzir sensações psíquica em sintomas psicopatológicos. O que cresceu não foi a taxa de sanidade psicológica, mas a clientela psiquiátrico-psicoterápica... Acontece que a redistribuição do saber psicológico, medida aparentemente democrática, assumindo a forma da educação, incorporou também a função social que esta última cumpre numa sociedade comandada por interesses de classe. Tornou-se um instrumento de conversão dos indivíduos aos valores ideológicos da elite dominante. "A competência psicológica é, em sua essência, um traço da norma do viver social das elites econômico-culturais."

Com base em todas estas reflexões, acreditamos que as ideologias subjacentes aos programas de prevenção e ações de saúde mental poderão ser fatores determinantes tanto de um processo de alienação e maior psiquiatrização social, como de um processo de transformação e maior criticidade da população.

No treinamento dos agentes de saúde mental, os conteúdos eram trabalhados levando-se em conta as representações sociais trazidas pelos mesmos, e objetivavam antes de tudo clarificar e sistematizar o saber já existente, o que levava a um fortalecimento das alternativas da comunidade, com relação aos seus próprios sistemas de cura. Os conteúdos referentes as doenças de etiologia orgânica, deficiência mental, epilepsia, aids, etc. foram trabalhados assumindo características mais pedagógicas e informativas.

A nossa proposta era também evidenciar que os fenômenos psíquicos podem ser compreendidos sob uma outra ordem de idéias, que as internações psiquiátricas não representam a "salvação" e reconquista da saúde, mas tem outra função social, que a excessiva medicalização e psiquiatrização da população, vinculam-se a indústria da loucura e fortalecimento dos lucros das multinacionais. Enfim, o mito do saber psicológico e psiquiátrico, como agente de cura, era passível de ser desmistificado e ter uma nova leitura. Essa experiência abre espaço para muitas controvérsias e questionamentos, muita coisa fica ainda por ser dita e avaliada.

Acreditamos que a nossa metodologia de ação possa ser melhor esclarecida na análise da pesquisa participante sobre alcoolismo desenvolvida pelos agentes de saúde mental, objeto primeiro do presente capítulo.

## **Alcoolismo nas Camadas Populares: Resultado da Pesquisa Participante.**

A pesquisa participante foi realizada pelos agentes de saúde mental em suas áreas de atuação, com o objetivo de ampliar a compreensão do fenômeno do alcoolismo, através da valorização das representações sociais colhidas na comunidade, articulando a linguagem popular ao saber científico. Os resultados obtidos foram divulgados em assembleias gerais promovidas pelo conselho de moradores, numa tentativa de sensibilizar a população para a gravidade do problema do alcoolismo, lançando as bases para futuras ações preventivas. O trabalho desenvolvido pelos agentes será integrado ao Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA), órgão de referência do Estado, para implantação de programas de prevenção e tratamento do alcoolismo.

Além dessas metas, voltadas diretamente para formação dos agentes, utilizamos a pesquisa participante com o objetivo de aprofundarmos nosso conhecimento teórico sobre a representação social do alcoolismo nas camadas populares, e os resultados encontrados confirmaram muitos dos nossos achados na vivência com a comunidade de Milagres e análise qualitativa dos discursos dos nossos informantes. Analisaremos os aspectos mais significativos da pesquisa, confrontando seus resultados com a literatura existente.

### **- Utilização Abusiva do Álcool nas Comunidades**

1. Têm casos de alcoolismo ou problemas com o uso do álcool na família?

**TABELA 9**  
**Alcoolismo e Consumo Excessivo**

SIM	215	52,3%
NÃO	196	47,7%
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>100,0%</b>

FONTE: E. Saúde Mental<sup>(1)</sup> - IFS - Recife-1990

Num total de 411 questionários aplicados, 52,3% responderam ter familiares causando algum tipo de problema com o consumo de álcool. Este resultado não é indicativo da prevalência de alcoolismo nas áreas, pois não foram utilizadas técnicas específicas (Cage, MAST etc)<sup>(2)</sup> para diagnóstico dos casos de alcoolismo. Os percentuais encontrados revelam que o consumo de bebidas alcoólicas na comunidade está sendo percebido como excessivo, causando algum tipo de problema. Nesse percentual de 52,3% podemos encontrar os bebedores moderados, excessivos e alcoolistas com quadro de dependência grave.

Os levantamentos epidemiológicos realizados nos últimos vinte anos (1965-1985) sugerem uma prevalência de alcoolismo em torno de 5 a 10% da população adulta, o que atualmente compreende cerca de 3,5 a 7 milhões de pessoas no Brasil.

(1) Note-se que participo do Instituto de Filosofia Social, como integrante da equipe de Saúde de Mental.

(2) O Cage e MAST são questionários utilizados para o diagnóstico de alcoolismo. O resultado positivo não implica a certeza de alcoolismo, mas a sua possibilidade.

Levando-se em conta um núcleo familiar básico constituído de cinco pessoas, podemos considerar que, 20 a 30 milhões de brasileiros estão envolvidos com este problema.

#### Consumo por Gênero e Grau de Parentesco

Nos questionários de respostas afirmativas perguntava-se o sexo da pessoa usuária de bebida alcoólica e o grau de parentesco.

**TABELA 10**  
**Alcoolismo e Gênero**

MASCULINO	Nº	%	FEMININO	Nº	%
Pai	44	18,3	Mãe	22	42,3
Filho(s)	46	19,1	Filha(s)	09	17,3
Esposo	76	31,5	Esposa	07	13,5
Irmão(s)	45	18,7	Irmã(s)	06	11,5
<b>TOTAL</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

As relações de parentesco entre pai, filho, esposo e irmão foram citadas com mais frequência na utilização excessiva do álcool.

TABELA 11

## Alcoolismo: Totais por Gênero

TOTAL DE ACORDO COM O SEXO		
MASCULINO	241	81,4%
FEMININO	52	18,6%

FONTE: IFS - Recife-1990

Em termos percentuais há uma diferença bastante significativa entre os sexos. Nas áreas pesquisadas, 81,6% dos consumidores abusivos do álcool são homens, em relação a 18,6% de mulheres. Este resultado evidencia uma razão homem/mulher de 5:1.

Segundo Almeida Filho, (1987:35) "Um dos achados mais consistentes nos estudos epidemiológicos do alcoolismo é a sua predominância entre os indivíduos do sexo masculino. Isso ocorre apesar dos diferentes procedimentos metodológicos, definições e classificações diagnósticas adotadas pelos diversos estudos. Em termos de realidade Latino-Americana e brasileira os percentuais têm variações significativas. Nos estudos realizados no Chile, as razões homem/mulher encontradas variam de 5:1. Para o Brasil, Azoubel Neto (1967) estimou esta mesma razão em 14:1 e Luz (1974) encontrou uma razão de 8:1. Há muitas teorias explicativas desse fenômeno na literatura sobre alcoolismo. Keller (1980) propõe como fator etiológico do alcoolismo "um distúrbio no desenvolvimento psicosssexual ou de personalidade, que afetaria especialmente os homens, nas culturas onde a masculinidade é a capacidade de beber intensamente são igualadas". Allon

so Fernandez (1977) acredita que esta prevalência maior no sexo masculino se deve a aspectos sócio-antropológicos vinculados à prática do consumo do álcool. Esta teria um papel virilizante e a sua utilização estaria associada a demonstração de força, o que afastaria o sexo feminino, tradicionalmente associado à fragilidade e ao comedimento.

TABELA 12

## Alcoolismo: Conceitos Populares

CONCEITOS	Nº	%
Vício	198	42,7
Doença	58	12,5
Irresponsabilidade	44	9,5
Falta de força de vontade	37	8,0
Vagabundagem	26	5,7
Falta de vergonha	25	5,4
Maus espíritos	16	3,5
"Beber porque quer"	13	2,8
Lazer	12	2,6
Problemas emocionais	09	1,9
É uma porcaria	05	1,1
Degradação	05	1,1
É uma droga	03	0,6
Destruição de si mesmo	03	0,6
"Uma coisa horrível"	02	0,4
Erro humano	02	0,4
Problemas dos nervos	01	0,2
Uso exacerbado do álcool	01	0,2
Prejuízo à saúde	01	0,2
Dependência	01	0,2
Tentação	01	0,2
Não bebe	01	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>464</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

O conceito mais utilizado pelo grupo pesquisado foi o alcoolismo-vício. Tal conceituação se remete à história do alcoolismo, quando o mesmo era definido como um distúrbio de caráter ou problemas de ordem moral. O conceito de **vício** não é aceito pela visão científica atual, em virtude do peso moralizante, advindo de suas raízes históricas, o que levaria ao aumento do estigma, dificultando o tratamento. Consideramos o conceito **alcoolismo-vício**, inserido numa dupla ordem, médica e moral. Encontramos no Novo Dicionário do Aurélio (1986) conceituações interessantes atribuindo à palavra vício os seguintes significados: "defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequada para certos fins ou funções, desregramento habitual, costume prejudicial, costumeiro, libertinagem..." Na mesma edição conceitua **alcoolismo** como: "vício de ingerir bebidas alcoólicas; dipsomania, estado patológico originado pelo abuso de álcool". Tanto na definição de vício como na de alcoolismo o "saber letrado", "erudito", guarda uma grande ambigüidade, e em ambas se, fazem presentes simultaneamente a ordem médica e moral. Os resultados percentuais da pesquisa indicam de 42,8% dos entrevistados consideram o alcoolismo como um vício. Neste sentido reafirmamos nessa hipótese, de que as camadas populares na sua definição de **vício**, consideram o alcoolismo um fenômeno "físico-moral", tal como foi apreendida "as Doenças Nevosas" nos estudos de Duarte, (1986).

Os demais conceitos serão analisados em bloco, inseridos nas seguintes categorias: ordem médica, moral, psicológica e religiosa.

TABELA 13

## Alcoolismo: Conceitos de Ordem Médica

ORDEM MÉDICA	Nº	%
Doença	58	93,6
Problema dos nervos	01	1,6
Uso exarcebado do álcool	01	1,6
Prejudicial à saúde	01	1,6
Dependência	01	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Classificamos como ordem médica os conceitos mais ligados a categoria de alcoolismo enquanto doença, dependência, uso abusivo, problemas dos nervos e de saúde de maneira geral.

TABELA 14

## Alcoolismo: Conceito de Ordem Moral

ORDEM MORAL	Nº	%
Irresponsabilidade	44	39,3
Vagabundagem	26	23,2
Falta de vergonha	25	22,3
É uma porcaria	05	4,5
Degradação	05	4,5
É uma droga	03	2,7
É uma coisa horrível	02	1,8
Erro humano	02	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Inserimos na ordem moral todos os conceitos em que a pessoa é vista como tendo um defeito moral, por ser alcoolista.

TABELA 15

## Alcoolismo: Conceitos de Ordem Psicológica

ORDEM PSICOLÓGICA	Nº	%
Falta de força de vontade	37	50,0
Bebe porque quer/lazer	25	33,7
Problemas emocionais	09	12,2
Destruição de si mesmo	03	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Incluimos na ordem psicológica todos os conceitos que atribuem alcoolismo a problemas pessoais ou a aspectos que estejam relacionados com escolhas individuais.

TABELA 16

## Alcoolismo: Conceitos de Ordem Religiosa

ORDEM RELIGIOSA	Nº	%
Maus Espíritos		
Tentação		
<b>TOTAL</b>		

FONTE: IFS - Recife-1990

Nesta categoria estão incluídos todos os conceitos de caráter religioso.

Para facilitar a visualização, apresentaremos uma Tabela contendo os totais percentuais, abrangendo as diversas categorias, em tabelas com seus valores absolutos. Comentaremos os resultados, estabelecendo um paralelo entre os mesmos.

**TABELA 17**

**Alcoolismo: Distribuição Percentual dos Conceitos**

Vício	198	42,8
Ordem Moral	112	24,2
Ordem Psicológica	74	15,9
Ordem Médica	62	13,4
Ordem Religiosa	17	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>463</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Os conceitos de ordem moral depois da categoria de vício, são as representações mais freqüentes no meio popular. Provavelmente referem-se aos comportamentos inadequados, decorrentes do uso abusivo do álcool. O efeito é percebido como causa.

Os conceitos de ordem psicológica, que têm maior representatividade são a falta de força de vontade e o beber por que quer. Nesta última está implícita a escolha do indivíduo no ato de beber, sendo muitas vezes essa escolha, vista como busca de divertimento e lazer. Problemas emocionais são também referidos por 14% dos entrevistados.

Os conceitos de ordem religiosa estão mais relacionados aos maus espíritos que tomam posse do indivíduo eximindo-os de qualquer responsabilidade. O ato de beber é colocado fora, na dimensão do sobrenatural.

Apenas 13,4% dos entrevistados percebem o alcoolismo como problema de ordem médica. Esses dados revelam a pouca aceitação das classes populares do conceito alcoolismo-doença

**TABELA 18**  
**Alcoolismo: Etiologia**

ETIOLOGIA	Nº	%
Influência de amigos	150	29,4
Desajuste familiar	93	18,2
Encontrar diversão somente na bebida	74	14,5
Desemprego e fome	43	8,4
Bebe porque quer	21	4,1
Ser filho de alcoolista	20	3,9
Influência da propaganda	17	3,3
Problemas pessoais	13	2,5
Safadeza	13	1,5
Não sabe	11	2,2
Falta de perspectiva de vida	08	1,6
Falta de força de vontade	07	1,4
Revolta	05	1,0
Vício	05	1,0
Irresponsabilidade	05	1,0
Aperreio	05	1,0
São doentes	04	0,8
Desespero	04	0,8
Um encosto	04	0,8
Falta de fé	02	0,2
Tentação do demônio	01	0,2
Rejeição Social	01	0,2
Crise dos nervos	01	0,2
Desprezo	01	0,2
Destino	01	0,2
Vadiagem	01	0,2

FONTE: IFS - Recife-1990

A etiologia será analisada agrupando-se os determinantes biológicos, psicológicos e sócio-culturais em tabelas que serão comentadas separadamente.

**TABELA 19**  
**Alcoolismo: Determinantes Biológicos**

DETERMINANTES BIOLÓGICOS	Nº	%
Ser filho de alcoolista	20	83,3
São doentes	04	16,7
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Os determinantes biológicos onde os fatores metabólicos e genéticos são estudados como indicativos de vulnerabilidade ao alcoolismo são pouco apreendidos pelo meio popular. Na medida em que o alcoolismo é pouco aceito como doença, a etiologia orgânica é também inexpressivamente mencionada.

**TABELA 20**  
**Alcoolismo: Determinantes Psicológicos**

DETERMINANTES PSICOLÓGICOS	Nº	%
Desajuste familiar	93	58,9
Bebe porque quer	21	13,3
Problemas pessoais	13	8,2
Falta de perspectiva de vida	08	5,1
Falta de força de vontade	07	4,4
Revolta	05	3,2
Aperreio	05	3,2
Desespero	04	2,5
Crise dos nervos	01	0,6
Desprezo	01	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Os determinantes psicológicos têm maior representatividade. Os indicadores mais ressaltados como fatores de vulnerabilidade ao alcoolismo são o desajuste familiar e os problemas pessoais. Esses indicativos abarcam uma categoria muito ampla, onde dificuldades múltiplas podem estar inseridas, o que empobrece uma compreensão mais dinâmica e específica de tal categorização.

**TABELA 21**  
**Alcoolismo: Determinantes sócio-culturais**

DETERMINANTES SÓCIO-CULTURAIS	Nº	%
Influência de amigos	150	48,1
Encontrar diversão somente na bebida	74	23,7
Desemprego e fome	43	13,8
Influência da propaganda	17	5,5
Safadeza	13	4,2
Irresponsabilidade	05	1,6
Um encosto	04	1,3
Falta de fé	02	0,6
Tentação do demônio	01	0,3
Rejeição social	01	0,3
Vadiagem	01	0,3
Destino	01	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Algumas das categorias encontradas nos conceitos de ordem moral são reproduzidas na etiologia. Foram incluídas nos determinantes sócio-culturais por se caracterizarem como rótulos estigmatizantes produzidos pelo meio-social, ou ainda, pelo

fato de reproduzirem um tipo de ideologia dominante: Beber por destino (Percepção fatalista da realidade acarretando um comportamento passivo e conformista)

A influência dos amigos é entre os determinantes sócio-culturais o que tem maior representatividade no meio-popular. "Beber por más companhias, amigos que levam para o mau caminho, são expressões ouvidas com muita freqüência. Nesta percepção, o indivíduo é visto como aquele que não tem vontade firme, sendo facilmente sugestionável pelos amigos. Bebida como fonte de prazer, lazer, divertimento, fatores apreendidos como causadores do alcoolismo. Neste caso o beber social, mediador das relações sociais, se mistura e se confunde com o beber excessivo ou abusivo. Desemprego e fome são fatores de vulnerabilidade também ressaltados, num percentual de 13,8% entre os entrevistados.

TABELA 22

Alcoolismo: Distribuição Percentual dos Determinantes

DETERMINANTES	Nº	%
Sócio-Culturais	312	65,5
Psicológicas	158	31,7
Biológicas	24	4,8
Vício	05	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>499</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Os determinantes sócio-culturais são apreendidos por 62,5 do grupo entrevistado, como principal fator de vulnerabili

dade ao alcoolismo. Com um percentual de 31,7% seguem-se os de terminantes relacionados a fatores psicológicos, onde os problema s pessoais e desajustes familiares são os aspectos mais destaca dos. Os determinantes biológicos tem uma baixa representativi dade. Apenas 4,8% do grupo leva em consideração esse fator de vulnerabilidade, sendo o aspecto mais focado a questão da hereditariedade (alcoolismo como doença que passa de pai para fil ho). A categoria de vício é também representada na etiologia, sendo destacada em separado, em virtude da hipótese levantada, com relação ao seu duplo significado: dependência e ordem moral.

TABELA 23

## Alcoolismo: Alternativas de Tratamento

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO	Nº	%
Dar conselhos	208	44,2
Não dar importância	113	24,0
Procura o AA	62	13,2
Assistência Médica	31	6,6
Igreja Protestante	15	3,2
Age com carinho	10	2,1
Procura ajuda em terceiros	09	1,9
Não sabe	07	1,5
Age de acordo com cada caso	06	1,3
Procura ajuda na Igreja Católica	04	0,8
Dá remédios	03	0,6
Com agressividade	02	0,4
Arranjaria uma ocupação para ele	01	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>471</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

O alcoolismo sendo percebido nas classes populares como um fenômeno que envolve muitos significados, tem também uma multiplicidade de alternativas, onde as categorias mais representativas, dizem respeito a soluções encontradas pelo próprio povo. Dar conselho é a alternativa mais expressiva em termos percentuais, apontada por 44,2% dos entrevistados. Aconselhar reflete também toda uma forma de comunicação mais personalizada, solidária, onde as trocas de saberes fluem com mais espontaneidade que em outras classes sociais. Na medida que o alcoolismo é visto como algo que se remete unicamente a escolha pessoal do indivíduo (Bebe porque quer) a alternativa de "Não dar importância", vincula-se a essa forma de compreensão. O Grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA), tem uma representatividade de 13,4%, sendo percebido pelos entrevistados com credibilidade. A assistência médica é uma solução pouco representativa, e apenas 7,3% dos entrevistados fazem alusão a essa alternativa.

- Alternativas de Tratamento Analisadas por Categoria.

**TABELA 24**

**Alcoolismo: Alternativas de Tratamento Médico**

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO MÉDICO	Nº	%
Assistência médica	31	91,2
Dar remédios	03	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

FORTE: IFS - Recife-1990

TABELA 25

## Alcoolismo: Alternativas de Tratamento Religioso

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO RELIGIOSAS	Nº	%
Procura a Igreja Protestante	15	55,5
Procura ajuda em Terreiros	08	29,7
Procura ajuda na Igreja Católica	04	14,8
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

A Igreja protestante é percebida entre os entrevistados, como a principal saída, dentre outras religiões. A relação entre afiliação religiosa e alcoolismo tem sido amplamente estudada pela literatura especializada, quando estabelece correlações entre os determinantes sócio-culturais e alcoolismo (Pittman, 1962; Heath, 1976). Segundo Mariz (1990:42-43) "Na perspectiva pentecostal, tomar álcool é uma falta moral, um pecado. Não importa a quantidade, se proíbe totalmente beber álcool. O petencostalismo não combate a dependência, mas o álcool por si só... O combate ser contra o álcool tem outra vantagem estratégica sobre o combate a mera dependência. A luta contra a dependência é uma luta privada e interior do alcoólico consigo mesmo, enquanto que o álcool e o diabo são inimigos externos. O combate contra o álcool envolve uma luta coletiva, que envolve a totalidade da comunidade religiosa. Portanto, a luta pela sobriedade não é um assunto meramente individual ou pessoal. Tão pouco está restringido a um grupo de gente dependente do álcool. Se envolve numa luta coletiva, uma luta de to

da igreja em conjunto." O êxtase religioso toma o lugar do álcool. No entanto, levando em conta os determinantes psicológicos, sabemos que há aspectos conflitantes, a nível de própria estrutura de personalidade do indivíduo. Na conversão religiosa, esses núcleos comprometidos não são trabalhados, apenas sublimados.

Levantamos a hipótese, que ao longo do tempo esses conflitos, que ficaram latentes poderão emergir com força maior, levando o indivíduo novamente a usar o álcool abusivamente. A autora reflete alguns pontos interessantes com relação a mudança estrutural de comportamento desses indivíduos: "As experiências pentecostais dos dons do Espírito Santo são os lugares privilegiados de uma criação religiosa de um novo espaço de significado. A descrição das experiências por parte dos que tem recebido os dons do Espírito Santo, mostra que estas experiências transformam o estado de consciência dos indivíduos em todos os níveis: intelectual, emocional e físico. Estas mudanças radicais do estado de consciência através destas experiências parece ser uma ferramenta muito potente para recuperar-se do alcoolismo". Para nós esta é uma questão instigante a reflexão, a bre espaço para novas investigações. É fundamental o aprofundamento dessas recuperações, desencadeadas pela experiência religiosa, pois o beber é reprimido em todos os níveis. Os bebedores sociais, moderados, excessivos, ou com grau de dependência grave instalada, podem estar incluídos no mesmo espaço de "cura".

A percepção popular, de que essa forma de religiosidade, é uma alternativa viável para a recuperação do alcoolista, parece ser um indicativo da necessidade de estudos mais acurados sobre essa temática.

TABELA 26

**Alcoolismo: Distribuição Percentual das Alternativas de Tratamento**

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO	Nº	%
Outras alternativas	340	73,3
Alcoólicos Anônimos (AA)	62	13,4
Assistência médica	28	7,3
Religiosas	07	1,6,0
<b>TOTAL</b>	<b>464</b>	<b>100,0</b>

FONTE: IFS - Recife-1990

Consideramos como outras alternativas, aquelas onde a comunidade envolvida utiliza seus recursos pessoais para lidar com o problema: Dar conselhos, agir com carinho ou agressividade, não dar importância etc. Todos esses indicativos em bloco têm uma representatividade de 71,2%. O AA surge em segundo lugar, demonstrando boa receptividade, embora pela nossa observação, esperássemos um percentual mais elevado. As alternativas de ordem médica e religiosa têm percentuais similares, evidenciando mais uma vez o quanto é ampla a percepção do meio popular na compreensão do fenômeno do alcoolismo.

## CAPÍTULO VI

### ALCOOLISMO: FENÔMENO DO CORPO, DA ALMA, DA CULTURA

"Uma das contradições fenomenológicas mais evidentes foi-nos fornecida pela descoberta do álcool, triunfo da atividade taumatúrgica do pensamento humano. A aguardente é a água do fogo. É uma água que queima a língua e se inflama com a mais pequena faúlha. Não se limita a dissolver e a destruir, como a água-forte. Desaparece juntamente com aquilo que queima. É a comunhão da vida e do fogo.

Gaston Bachelard

#### Considerações Finais

Falar de alcoolismo, é falar de um fenômeno de múltiplos significados. Fenômeno que envolve o homem na dimensão do seu corpo, da sua "alma", da sua relação com a cultura. É um fenômeno que suscita e faz emergir toda a duplicidade do ser humano. O álcool, por assim dizer, é o elemento mediador, o mito de passagem que permite a transformação de um estado de consciência para outro. Faz emergir o que está encoberto. Desvela o oculto, permite fluir rostos, e outros. Bachelard (1938:148-154) faz uma análise fenomenológica do álcool, ressaltando a duplicidade implícita na aguardente: "que arde diante dos olhos extasiados, visto que aquece todo o ser até à boca do estômago, isso vem provar o sentido convergente das experiências íntimas

e objetivas. Esta dupla fenomenologia prepara certos complexos que o conhecimento objetivo terá de desfazer para recuperar a liberdade da experiência. Entre estes complexos conta-se um muito especial e bastante forte; e aquele que, por assim dizer, fecha o ciclo: depois da chama percorrer o álcool, depois de o fogo haver fornecido o seu testemunho e o seu signo, depois da água e o fogo se terem claramente enriquecido com chamas que brilham e ardem, pode beber-se. De entre todas as matérias do mundo, nenhuma como a aguardente se encontra tão perto da matéria do fogo."

Dentro dessa polaridade que o álcool carrega, Bachelard nos chama atenção na sua análise fenomenológica da existência de alcoolismos. Compara a obra poética de Hoffmann e Edgar Poe tecendo os seguintes comentários: "... ambos foram poderosamente ajudados na sua tarefa sobre-humana, desumana, genial, pelo álcool todo-poderoso. Porém, o alcoolismo de Hoffmann surge-nos bem diferente do alcoolismo de Edgar Poe. O álcool de Hoffmann é o álcool que arde; é estigmatizado pelo signo todo qualitativo, todo masculino do fogo. O álcool de Poe é o álcool que submerge, que proporciona o esquecimento e a morte; está marcado pelo signo todo quantitativo, todo feminino da água..."

As imagens poéticas do autor, trazendo tantos elementos simbólicos, vida, morte, água elemento feminino se contrapondo ao fogo elemento masculino. Tudo isso nos remete de volta a fala do povo, ao saber popular, que falando de "alcoolismos", deixa fluir tantos conceitos, tantas causas, tantos elementos carregados de simbolismo, ambiguidade, percepção da abrangência de um fenômeno que abarca o homem em toda a sua totalidade.

Fazendo uma viagem de retorno às etapas vividas ao

longo desse trabalho, temos algumas considerações a fazer, do novo que foi apreendido, dos conceitos que foram reformulados, e dos espaços inacabados, cujas indagações abrem apenas espaço para outros estudos.

Observamos que para o povo a compreensão do conceito e etiologia do alcoolismo são agrupados muitas vezes numa mesma categorização. Não parece haver uma distinção muito clara entre o que é e o que causa. Há contudo uma sintonia entre o conceito e causa com as alternativas de tratamento propostas.

O conceito de **alcoolismo-vício** tem grande representatividade, parecendo que o seu significado vai além de um "estigma moral". A análise qualitativa dos discursos dos nossos informantes nos levou a levantar a hipótese que esta conceituação além de poder estar relacionada com aspectos de ordem moral, guarda estreita correlação com o alcoolismo como síndrome de dependência (O.M.S., 1975).

Para nós faz-se relevante que o fenômeno do alcoolismo enquanto vício, venha a ser compreendido com maior profundidade, no sentido de que possamos fazer uma leitura da multiplicidade de significados que podem estar implícitos na sua formulação. Outro aspecto que nos chama atenção é que com relação às drogas consideradas ilícitas, o conceito de "viciado", é mais utilizado, sem que haja tantas restrições, ao seu caráter estigmatizante. Acreditamos que o conceito de vício tem uma representação similar, a que foi encontrada por Duarte (1986) no seu estudo sobre as doenças nervosas. Neste sentido alcoolismo é percebido como um "**fenômeno físico-moral**", envolvendo o homem em múltiplos aspectos.

É importante refletirmos sobre o conceito de saúde

proposto pela O.M.S., onde saúde é compreendida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social..." Esta formulação tem sido criticada por sua excessiva amplitude e pouca operacionalização. Abre espaço também para ampliação do conceito de doença, na medida que a "ausência do bem-estar mental e social insere o indivíduo nessa categorização. Para Singer (1978: 68) "Esse imperialismo do conceito de saúde, adotado pela O.M.S. tem pelo menos o mérito de reconhecer que é paradoxal alguém ser considerado portador de boa saúde quando é afetado por pobreza, discriminação ou repressão,... De uma maneira positiva ou negativa, funcional ou crítica o conceito ideal de saúde pressupõe que há uma maneira científica de determinar o que seria um estado ótimo de saúde. Este pressuposto é negado pelos que abordam o problema mediante uma análise sociológica". Começa-se por constatar que, na prática doença - varia no espaço e no tempo. Segundo Bastide (1965) cada cultura e cada época tem critérios próprios para distinguir o normal do patológico. A doença seria o resultado não somente de uma contradição entre o homem e o meio natural, mas resultaria também de uma contradição entre o homem e o seu meio social. Essas reflexões colocam em evidência que o alcoolismo-doença, na medida que na sua formulação leva em conta determinantes biológicos, psicológicos e sociais, torna-se um conceito abrangente. Contudo essa apreensão não corresponde a representação que o conceito de doença tem nas classes populares. O saber científico para ser aceito e eficaz tem que levar em conta as representações veiculadas no cotidiano das camadas populares. Segundo Oliveira (1985:74) "... A eficácia de uma prática deve ser vista ainda pelo poder que ela tenha de articular as pessoas, de fazer com que elas se ajudem, troquem

experiências e se solidarizem nos seus sofrimentos individuais e coletivos."

A nossa vivência em Milagres e a experiência no posto de saúde evidenciaram que falar de alcoolismo como doença, não encontra sintonia com as representações populares, o que leva a assimilação desse conceito como algo de fora, que não é incorporado na realidade cotidiana. No entanto, esse fato não impede que em muitos aspectos o discurso popular compartilhe com o discurso científico. Na descrição dos sintomas apontados por Griffith (1982) para o diagnóstico da dependência alcoólica, a percepção dos nossos informantes, se aproxima muito do saber médico. Acreditamos que é possível um intercâmbio de saberes, desde que haja uma sensibilidade de escuta e uma postura de valorização do saber popular. O trabalho desenvolvido com os agentes de saúde mental abre espaço para que essa perspectiva não se constitua uma mera teorização, mas, que possa ser efetivada em termos práticos no cotidiano da vida da comunidade. Os agentes de saúde, sendo pessoas da própria comunidade poderiam, a nível de um trabalho preventivo na área de alcoolismo, funcionar como agentes mediadores entre o saber científico e o popular, fomentando um processo de aliança e difusão, tendo assim um papel similar ao dos "médicos particulares", oriundos das camadas populares. Loyola (1984:27) descreve o papel desses profissionais em pesquisa realizada em Nova Iguaçu, caracterizando-os da seguinte forma: "Oriundos na sua maioria das classes populares e nascidos ou residentes em Nova Iguaçu, conhecem bem os moradores da cidade e, excetuando a condição de classe de sua clientela, são os que mais se aproximam dos antigos médicos de família... Os médicos populares pretendem compreender de modo pri

vilegiado os problemas e dificuldades das classes dominadas. Desta posição ambígua, ao mesmo tempo dominante e dominada, decorrem propriedades e disposições particulares que os levam a praticar uma medicina orientada socialmente com tendência a remediar as desigualdades em matéria de saúde e de cuidados médicos, o que lhes permite ao mesmo tempo resolver as contradições criadas por esta posição limítrofe ou periférica, de intermediários entre classes sociais".

Os resultados obtidos na Pesquisa Participante demonstram que com relação a etiologia, os determinantes sócioculturais são os mais aceitos pelo meio popular, destacando-se dentre esses a influência dos amigos, a bebida como diversão, o desemprego e a fome. Os determinantes psicológicos têm também certa representatividade, e os desajustes familiares, pessoais, o beber porque quer, são os fatores mais ressaltados. Os determinantes biológicos são pouco mencionados, pela baixa respresentatividade do alcoolismo-doença.

O convívio com a população evidenciou que as consequências advindas do uso abusivo do álcool, que se manifestam através de mudanças comportamentais, são muitas vezes apreendidas como causadoras do alcoolismo. Comportamentos de agressividade, irresponsabilidade, ausência de limites etc., são percebidos como fatores desencadeantes da instalação do quadro de alcoolismo. Nesse enfoque toda a gama de conceituações moralistas é amplamente compreendida.

Sendo o fenômeno do alcoolismo percebido nas classes populares com tal diversidade de conceituações, o sistema de cura apontado é também bastante amplo: dar conselhos, buscar as religiões pentecostais, cultos afro-brasileiros, grupo de alco

ólicos Anônimos (A.A.), tratar com carinho ou agressividade, utilizar medicamentos aversivos, assistência médica etc. são algumas das saídas encontradas no enfrentamento dessa problemática. Segundo Duarte (1986:271) "É extremamente difícil sistematizar os recursos terapêuticos as perturbações físico-morais... Os trabalhos que vem tentando sistematizar informações sobre esse assunto, se vêem às voltas com um heteróclito e prolixo universo, em que se poderia dizer que há de tudo... Um núcleo importante de questões é o das estratégias múltiplas... Trata-se, em princípio, do fato de se lançar mão concomitante ou sucessivamente de diferentes recursos de vida ou de terapêutica (neste caso) que parecem aos olhos dos observadores relevar de sub-sistemas de significação diferentes."

Na medida que o alcoolismo tem no meio popular conceituações e etiologias tão diversificadas, os sistemas alternativos de cura referem-se a múltiplas estratégias. No cerne dessa multiplicidade de fatores, há elementos que podem ser articulados, encontrando sintonia com o saber científico e há elementos conflitantes e inconciliáveis. Para Loyola (1984:232) "Não se trata de negar as conquistas da medicina moderna, ou de reduzir a eficácia da medicina popular aos aspectos psicossomáticos da doença, ou, muito menos de substituir um sistema pelo outro... Trata-se, isto sim, de, no plano teórico repensar a função social desta distinção, no plano da prática, de integrar as contribuições das duas medicinas, articulando-as com medidas de ordem política, econômica e social."

Essas reflexões são o espelho de toda a nossa vivência, ao longo de quase dois anos, onde a prática do cotidiano, era continuamente repensada e avaliada. Esperamos que a leitura

ra das representações populares acerca do fenômeno do alcoolismo, possam de alguma forma fornecer subsídios para uma melhor compreensão da singularidade dos alcoolismos das camadas populares, seu tratamento e prevenção.

## BIBLIOGRAFIA

AMAURI, M. Torucci

**Drogas e Drogados: o Indivíduo e a Família Sociedade**, São Paulo, EPU, 1982.

ANÔNIMOS, Alcoólicos

**A história de como muitos milhares de homens e mulheres se recuperam do alcoolismo**. São Paulo, CLAAB, 1955.

ARAÚJO, Vicente Antônio

**Para Compreender o alcoolismo**. São Paulo, EDICON, 1986.

ARANTES, Antônio Augusto

**O que é cultura Popular**. São Paulo, 7ª ed., Brasiliense, 1984.

AUGRAS, Monique

**O Ser da Compreensão**. Petrópolis, Vozes, 1981.

BASAGLIA, Franco

**A Psiquiatria Alternativas contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática**. Trad. Sônia Soianesi e Maria Celeste Marcundes. São Paulo, Cortez & Moraes Ltda., 1979.

BACHELARD, Gaston

**A Psicanálise do Fogo**, Lisboa, Coleção Omega. 1938.

**A Poética do Espaço**. Rio de Janeiro, Ed. Eldorado. 1937.

BAULEO, Armando

**Notas de Psicologia e Psiquiatria Social**. Trad. Maria Tanis. São Paulo, Escuta, 1988.

BENEDICT, Ruth

**Padrões de Cultura**. Lisboa, Ed. Livros do Brasil, 1934.

BOLTANSKI, Luc

**As Classes Sociais e o Corpo**. Trad. Regina A. Machado. Rio de Janeiro, 2ª Ed., Graal, 1979.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.)

**Pesquisa Participante.** São Paulo, 2ª Ed., Brasiliense. 1982.

**Repensando a Pesquisa Participante.** São Paulo, 3ª Ed., Brasiliense, 1987.

BUNGER, M.

**Epistemologia T.A..** São Paulo, Queiroz Editor, EDUSP, 1980.

CHAUI, Marilena

**O que é Ideologia.** São Paulo, Coleção Primeiros Passos, Brasiliense, 1980.

CHAVREL, Jean

**A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico.** Trad. Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. São Paulo, Brasiliense, 1983.

CAMPANA, Angelo

**Terapêutica do Alcoolismo.** Recife, 1990. (Trabalho apresentado no II Encontro sobre o estudo de Álcool e Outras Drogas- (ABEA).

COOPER, David

**Psiquiatria e Antipsiquiatria.** Trad. Regina Schnaiderman. São Paulo, Perspectiva, 1973.

COSTA, Jurandir Freire

**Violência e Psicanálise.** Rio de Janeiro, 2ª ed., Graal, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias

**Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas,** Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

ECO, Umberto

**Como se faz uma Tese.** São Paulo, Perspectiva, 1988.

EDWARDS, Griffith

O Tratamento do Alcoolismo. São Paulo, Martins Fontes, 1987.

ESCOVAR, L. A.

El psicólogo social y el desarrollo. Col. Psicología, Buenos Aires, 1977.

EY HENRI

Tratamento de Psiquiatria, 6ª ed., Barcelona. Toray - Masson, S/A., 1965.

FERNANDES, Alonso Francisco

Fundamentos de La Psiquiatria Actual, 3ª ed., Madrid. Editorial. Paz Montalvo, 1977.

FEYERABEND, Paul

Contra o Método. São Paulo. Francisco Alves, 1975.

FOUCAULT, Michel

Doença Mental e Psicologia. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

Vigiar e Punir. Trad. Lígia M. Pondé Vassallo. Petrópolis, Vozes, 1978.

História da Loucura. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo, Perspectiva, 1978.

O Nascimento da Clínica. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, 2ª ed., Forense Universitária, 1980.

GEERTZ, Clifford

A Interpretação das Culturas. Trad. Fany Wrobel. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

GOFFMAN, Erving

Manicômios, Conventos e Prisões. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo, Perspectiva, 1974.

- A Representação do EU na Vida Cotidiana.** Trad. Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis, Vozes, 1975.
- Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Trad. Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro, 3ª ed., Zahar, 1980.
- GUATTARI, Félix et alii  
**Saúde e Loucura.** São Paulo, Hucitec, 1990.
- GUIMARÃES, Reinaldo et alii  
**Saúde e Medicina no Brasil.** Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- GRAMSCI, Antonio  
**Os intelectuais e a organização da cultura.** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1979.
- JOSEPHSON, Mary and Eric  
**Man Alone - Alienation in Modern Society.** A. Laurel Edition, 1962.
- JÚNIOR, Benilton Bezerra et alii  
**Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Rio de Janeiro, Vozes, 1987.
- KLOETZEL, Kurt  
**O que é Medicina Preventiva.** São Paulo, Primeiros Passos, Brasileira, 1985.
- LANE, M.T. Silvia  
**O que é Psicologia Social,** 6ª ed., São Paulo Brasileira
- LOYOLA, Maria Andreia  
**Médicos e Curandeiros. Conflito Social e Saúde.** São Paulo, DIFEL, 1984.

MACEDO, Carmem Cinira

**Tempo de Gênese.** São Paulo, Brasiliense, 1986.

MACHADO, Roberto et alii

**Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Graal, 1978.

Ciência e Saber:

**A trajetória da arqueologia de Foucault.** Rio de Janeiro, 1982.

MANSUR, Jandira

**A Questão do Alcoolismo.** São Paulo, Brasiliense, 1984.

MARIE, L. Cecília

**Pentecostalismo y Alcoolismo entre los pobres del Brasil.**  
In *Cristianismo y Sociedade*, Nº 105, 1990.

MASAGLIA, Regina Giffoni et alii

**Saúde Mental e Cidadania.** São Paulo, Mandacaru, 1987.

MASCARENHAS; Eduardo

**Alcoolismo, Drogas e Grupos Anônimos de Mútua Ajuda.** São Paulo, Siciliano, 1990.

MAYER, Gross W.

**Psiquiatria Clínica.** São Paulo, Mestre Jou, 1975.

MEAD, Margaret

**Sexo e Temperamento.** Trad. Rosa Krausz. São Paulo, Perspectiva, 1969.

MILAN, R. James

**Alcoolismo - Os mitos e a realidade.** São Paulo, 2ª ed., Nobel, 1986.

MOFFAT, Alfredo

**Psicoterapia do Oprimido.** São Paulo, Cortez, 1980.

MORAIS, J.F. Regis et alii

**Construção Social da Enfermidade.** São Paulo, Cortez e Moraes, 1978.

MOREIRA, Diva

**Psiquiatria: Controle e Repressão Social.** Petrópolis, Vozes, 1983.

OLIVEIRA, Elda Rizzo

**O que é Medicina Popular.** São Paulo, Coleção Primeiros Passos; Brasiliense, 1985.

PELTO, J. Pertti

**Iniciação ao Estudo da Antropologia.** 7ª ed., Rio de Janeiro, Zahar Ed. 1984.

PEREIRA, F. João

**O Que é Loucura,** 4ª ed., São Paulo, Brasiliense.

RAMOS, Sérgio de Paulo et alii

**Alcoolismo Hoje.** Porto Alegre, 2ª ed., Artes Médicas, 1990.

REHFELDT, Klaus H. G.

**Álcool e Trabalho. Prevenção e Administração do Alcoolismo na Empresa.** São Paulo, EPU, 1989.

REINAUD, Michel

**As Toxicomanias.** São Paulo, Andrei Editorial Ltda. 1987.

RODRIGUES, Aroldo

**Aplicações da Psicologia Social.** Petrópolis, Vozes, 1983.

ROCHA, Jorge Moreira

**Como se faz a Medicina Popular.** Petrópolis, Vozes, 1985.

SCOTT, Parry

O Homem na Matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. Ca. Pesq. São Paulo (73):38-47, maio, 1990.

SCOTT Parry et alii

Sistema de Cura: As Alternativas do Povo. Recife, UFPE, 1986.

SERRANO, Alan Indio

O que é Psiquiatria Alternativa. São Paulo, Coleção Primeiros Passos, Brasiliense, 1988.

SILVA E SILVA, O Maria

Refletindo a Pesquisa Participante. 1ª ed., São Paulo, Cortez Editora.

SINGER, Paul et alii

Prevenir e Curar. O Controle Social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, forense-Universitária, 1988.

SZASZ, Thomas S.

A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Trad. Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

O mito da doença mental. Trad. Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro, 2ª ed., Zahar, 1979.

VAN GENNEP, Arnold

The rites of passage. Chicago, University of Chicago Press, 1960.

VARGAS, Heber Soares

Repercussões do Álcool e do Alcoolismo. São Paulo, Fundo Editorial BYK - Prociex, 1983.

VASCONCELOS, M. Eduardo

O que é Psicologia Comunitária. São Paulo, Brasiliense, 1985.

VELHO, Gilberto Alves

Desvio e Divergência - uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro, 4ª ed., Zahar, 1981.

Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

WERNER, David et alii

Saúde da Comunidade um Desafio. São Paulo, Edições Paulinas, 1984.

ZALVAR, G. Alba

A máquina da revolta. São Paulo, Brasiliense, 1985.

A N E X O S



APRESENTAÇÃO

O IFS-Instituto de Filosofia Social em conjunto com a Associação de Moradores de Milagres está realizando uma pesquisa com o objetivo de levantar dados que facilitem a atuação da Associação visando uma melhoria e acréscimo dos serviços aqui existentes. Gostaríamos que fossem sinceros em suas respostas e não se preocupem com o sigilo das mesmas, tendo em vista que serão analisados totais e não casos individuais.

Estamos trabalhando para ajudá-los a ter uma vida melhor.

MUITO OBRIGADO.

00 - DADOS PESSOAIS:

- Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_
- Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Olinda Estado: PE

01 - EM QUE CIDADE E ESTADO NASCEU O CHEFE DA FAMÍLIA?

- 1 - Olinda
- 2 - Recife
- 3 - Área Metropolitana (Exceto Olinda)
- 4 - Interior do estado de PE
- 5 - Outro local

02 - OUTRO LOCAL - QUAL?

---

03 - HÁ QUANTO TEMPO MORA EM MILAGRES?

- 1 - Menos de 01 ano
- 2 - 01 a 02 anos
- 3 - 03 a 05 anos
- 4 - 05 a 08 anos
- 5 - Mais de 08 anos
- 6 - Desde a ocupação

04 - ONDE MORAVA ANTES DE VIR MORAR EM MILAGRES?

- 1 - Em outro bairro de Olinda
- 2 - Em outro bairro de Recife
- 3 - Em outro município da Região Metropolitana (Exceto Olinda)
- 4 - Em outro município do Estado de Pernambuco
- 5 - Em município de outro Estado
- 6 - Em outra Capital

05 - POR QUE ESCOLHEU MILAGRES?

- 1 - Não podia mais pagar aluguel
- 2 - Porque havia mais possibilidade de conseguir a posse da ter  
reno
- 3 - O local era melhor do que onde morava
- 4 - O local era mais perto do trabalho
- 5 - Foi expulso de onde morava
- 6 - Outro motivo

06 - OUTRO MOTIVO - QUAL?

---

07 - EM QUE CONDIÇÃO MORA NA CASA?

- 1 - Próprio
- 2 - Alugado
- 3 - Paga Fôro
- 4 - Cedido
- 5 - Outra condição

08 - OUTRA CONDIÇÃO - QUAL?

\_\_\_\_\_

09 - (SE PAGA ALUGUEL) QUAL O NOME E ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO?

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Valor do Aluguel: \_\_\_\_\_

10 - (NÃO PERGUNTAR) QUAL O MATERIAL UTILIZADO NA CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL?

- 1 - Alvenaria
- 2 - Madeira
- 3 - Taipa
- 4 - Misto
- 5 - Outro

11 - (NÃO PERGUNTAR) OUTRO MATERIAL UTILIZADO NA CONSTRUÇÃO - QUAL?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12 - (NÃO PERGUNTAR) QUAL O MATERIAL UTILIZADO NA COBERTURA DA CASA - QUAL?

- 1 - Telha
- 2 - Palha
- 3 - Zinco
- 4 - Amianto
- 5 - Misto
- 6 - Outro

13 - (NÃO PERGUNTAR) OUTRO MATERIAL UTILIZADO NA COBERTURA - QUAL?

\_\_\_\_\_

14 - POSSUI BANHEIRO EM CASA?

- 1- Sim
- 2 - Não
- 3 - Utiliza o coletivo
- 4 - Outro

15 - QUAL A CONDIÇÃO SANITÁRIA DA CASA?

- 1 - Esgoto
- 2 - Fossa
- 3 - Vala a céu aberto
- 4 - Despeja os detritos no mangue
- 5 - Outra

16 - OUTRA CONDIÇÃO SANITÁRIA - QUAL?

---

17 - COMO É FEITO O ABASTECIMENTO D'ÁGUA DA CASA?

- 1 - Água encanada com registro
- 2 - Água encanada sem registro
- 3 - Outra forma de abastecimento

18- OUTRA FORMA DE ABASTECIMENTO - QUAL?

---

19 - A CASA POSSUI:

- 1 - Eletricidade com relógio
- 2 - Eletricidade sem relógio
- 3 - Não possui eletricidade

20 - QUANTOS CÔMODOS POSSUI A CASA?

- 1 - Um
- 2 - Dois
- 3 - Três
- 4 - Quatro
- 5 - Cinco
- 6 - Acima de cinco

21 - VOCÊ CONHECE A ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DE MILAGRES?

- 1 - Sim
- 2 - Não conhece mas já ouviu falar
- 3 - Não conhece e nunca ouviu falar

22 - (EM CASO DE RESPOSTA 3 NA QUESTÃO 21 NÃO APLICAR) CONHECE ALGUM MEMBRO DA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DE MILAGRES?

1 - Sim

2 - Não

23 - SE CONHECE ALGUM MEMBRO - QUAL (QUAIS)?

---

---

---

---

---

24 - ALGUÉM DO DOMICÍLIO VOTOU NA ELEIÇÃO DA DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DE MILAGRES?

1 - Sim

2 - Não

25 - O QUE VOCÊ ACHA DA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DE MILAGRES?

---

---

26 - EM CASO DE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO OU ORIENTAÇÃO MÉDICA, QUAL O POSTO QUE PROCURA?

- 1 - Posto de Saúde de Salgadinho
- 2 - Posto de Saúde de Olinda
- 3 - Outros Postos de Recife

27 - DESENVOLVE ALGUMA ATIVIDADE EXTRA NA RESIDÊNCIA?

1 - Sim

2 - Não

28 - QUE TIPO DE ATIVIDADE?

- 1 - Comércio
- 2 - Creche
- 3 - Centro Espírita
- 4 - Igreja
- 5 - Prestação de Serviços

29 - SE PRESTA SERVIÇOS, QUE TIPO?

---

30 - SE ESTA ATIVIDADE GERA RENDA, ELA É ÚNICA FONTE DE RENDA DA FAMÍLIA?



- 1 - Sim
- 2 - Não

MUITO OBRIGADO

DATA DA APLICAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

---

FICHA AUXILIAR

Nº \_\_\_\_\_

NOME	SEXO	IDADE	PROFISSÃO	EM QUE TRABALHA?	RENDA NCZ\$	GRAU INSTR.	EM CURSO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
TOTAL DA RENDA - NCZ\$							
TOTAL POR	M						
SEXO	F						
TOTAL							

OBS.: Esta ficha deve ser preenchida com os dados de cada morador do domicílio. O número da ficha deve corresponder ao número do questionário.

\* CODIFICAÇÃO PARA GRAU DE INSTRUÇÃO:

- A - Analfabeto
- B - Semi-analfabeto
- C - Primário incompleto
- D - Primário completo
- E - Ginásial incompleto
- F - Ginásial completo
- G - Colegial incompleto
- H - Colegial completo
- I - Superior completo
- J - Superior incompleto

ANÁLISE SÓCIO-ECONÔMICA DA COMUNIDADE DE MILAGRES

(RESULTADOS PERCENTUAIS DOS QUESTIONÁRIOS)

01. Em que cidade e/ou Estado nasceu o chefe da família?

01.01. Recife .....	34,6%
01.02. Interior do Estado de PE. ....	29,3%
01.03. Olinda .....	20,6%
01.04. Área Metropolitana (Exceto Olinda) .....	3,4%
	<b>Pernambuco: 87,9%</b>
Nordeste .....	11,6%
Sudeste .....	0,5%
01.05. Outro Estado .....	12,1%

02. Outro local, qual?      OBS: Ver item 01.05.

03. Há quanto tempo mora em Milagres?

03.01. Mais de oito anos .....	43,0%
03.02. 03 a 05 anos .....	15,6%
03.03. 01 a 02 anos .....	13,7%
03.04. Menos de 01 ano .....	13,2%
03.05. 06 a 08 anos .....	12,7%
03.06. Desde a ocupação .....	01,8%

04. Onde morava antes de vir morar em Milagres?

04.01. Em um bairro de Olinda (Exceto Salgadinho) .....	45,7%
04.02. Em um bairro de Recife .....	27,5%
04.03. Em uma cidade do Estado de PE. ....	09,8%
04.04. Em um município da reg. Metrop. (Exceto Olinda) .....	03,6%

04.05. Em Município de outro Estado .....	03,4%
04.06. Em outra capital .....	01,8%
04.07. Bairro de Salgadinho .....	08,2%

05. Por que escolheu Milagres?

05.01. Não podia mais pagar aluguel .....	25,5%
05.02. O local era melhor do que onde morava .....	11,4%
05.03. O local era mais perto do trabalho .....	09,8%
05.04. Porque havia maior possibilidade de conseguir a posse do terreno .....	07,1%
05.05. Foi expulso de onde morava .....	05,0%
05.06. Outro motivo .....	41,2%

06. Outro motivo, qual?

06.01. Nascido no bairro .....	20,5%
06.02. Casamento .....	19,2%
06.03. Quis morar próximo aos familiares .....	13,0%
06.04. Comprou lote e/ou casa .....	09,0%
06.05. Veio ainda criança com a família .....	08,3%
06.06. Não tinha onde morar .....	06,0%
06.07. O lote e/ou a casa foi cedido .....	05,1%
06.08. Por problemas familiares .....	04,5%
06.09. Por problemas de saúde .....	04,0%
06.10. Procurava melhorar de vida .....	02,0%
06.11. Motivo não especificado .....	01,2%
06.12. Aquí era mais fácil encontrar trabalho .....	01,2%
06.13. Por motivo de separação conjugal .....	01,2%
06.14. Invadiu um lote .....	00,6%
06.15. Trocou pela casa que morava .....	00,6%
06.16. Problemas de relacionamento com os vizinhos .....	00,6%
06.17. Porque era muito calmo .....	00,6%

06.18. Quis mudar de cidade .....	00,6%
06.19. Por causa da seca .....	00,6%
06.20. Minha casa caiu, a comunidade se juntou e construiu a atual aqui .....	00,6%

07. Em que condição mora na casa?

07.01. Própria .....	76,2%
07.02. Alugada .....	22,2%
07.03. Cedida .....	01,6%

08. Outra condição, qual? ..... 00000

09. Valor do aluguel?

09.01. Até NCz\$5,00 .....	35,3%
09.02. De NCz\$ 5,01 a 10,00 .....	35,3%
09.03. De NCz\$ 10,01 a 15,00 .....	19,1%
09.04. De NCz\$ 20,01 a 25,00 .....	04,4%

OBS: Devemos levar em consideração o salário mínimo vigente na época deste levantamento: NCz\$ 60,00.

10. Material utilizado na construção do imóvel.

10.01. Madeira .....	57,5%
10.02. Alvenaria .....	37,5%
10.03. Misto .....	04,2%
10.04. Taipa .....	00,8%

11. Outro material utilizado na construção do imóvel ..... 00000

12. Material utilizado na cobertura do imóvel.

12.01. Telha cerâmica .....	57,3%
12.02. Amianto .....	35,6%
12.03. Misto .....	06,6%
12.04. Zinco .....	00,5%

13. Outro material utilizado na cobertura do imóvel ..... 00000

14. Possui banheiro em casa?

14.01. Sim .....	55,1%
14.02. Não .....	32,7%
14.03. Utiliza o coletivo .....	11,4%
14.04. Outro .....	00,8%

15. Qual a condição sanitária da casa?

15.01. Despeja os detritos no mangue .....	46,9%
15.02. Possui fossa .....	39,1%
15.03. Vala o céu aberto .....	08,4%
15.04. Outra condição .....	01,9%

16. Outra condição, qual?

16.01. Não possui estrutura sanitária .....	01,5%
16.02. Tonel .....	00,2%

17. Como é feito o abastecimento d'água da casa?

17.01. Água encanada sem registro .....	15,2%
17.02. Outra forma de abastecimento .....	30,1%
17.03. Água encanada com registro .....	18,7%

18. Outra forma de abastecimento, qual?

18.01. Vizinha .....	23,2%
18.02. Lata d'água .....	03,4%
18.03. Pena d'água .....	02,6%
18.04. Bica .....	00,3%
18.05. Mangueira .....	00,3%
18.06. "Sr. Jorge" .....	00,3%

19. Sistema elétrico do imóvel.

19.01. Eletricidade com relógio .....	55,4%
19.02. Eletricidade sem relógio .....	42,2%
19.03. Não possui eletricidade .....	02,4%

20. Quantos cômodos possui a casa?

20.01. Quatro .....	21,7%
20.02. Dois .....	20,3%
20.03. Um .....	19,5%
20.04. Três .....	16,5%
20.05. Cinco .....	12,9%
20.06. Acima de cinco .....	09,0%

21. Você conhece a Associação de Moradores de Milagres?

21.01. Não conhece e nunca ouviu falar .....	37,7%
21.02. Sim .....	31,7%
21.03. Não conhece, mas já ouviu falar .....	30,6%

OBS.: Em caso de resposta 21.01. na questão 21 não aplicamos a pergunta seguinte.

22. Conhece algum membro da Associação de Moradores de Milagres?

22.01. Sim ..... 37,5%  
22.02. Não ..... 24,8%

23. Se conhece algum membro, qual (quais)?

23.01. D. Maria (Presidente) ..... 49,4%  
23.02. D. Joana (Vice-Presidente) ..... 32,0%  
23.03. Arly (Secretária) ..... 07,2%  
23.04. D. Lúcia (vice-Tesoureira) ..... 03,4%  
23.05. Maria (Tesoureira) ..... 02,2%  
23.06. Geralda ..... 02,0%  
23.07. Rita (Vice-Secretária) ..... 01,5%  
23.08. Sr. Pereira ..... 01,0%  
23.09. Marinalva ..... 01,0%  
23.10. Marina, Vanda, Severina, Cazulinha, Joel, Maria  
Lucia, D. Francisca, Sr. Geraldo, Joselita, Eli  
zângela, D. Júlia, D. Biu, Carlos e Izaac ..... 00,3%

24. Alguém de sua residência votou na eleição da Diretoria da Associação de Moradores de Milagres?

24.01. Não ..... 31,1%  
24.02. Não sabe ..... 44,6%  
24.03. Sim ..... 24,3%

25. O que você acha da Associação de Moradores de Milagres?

25.01. Não tem opinião formada ..... 49,3%  
25.02. Acho bom e traz benefícios ..... 34,8%  
25.03. Até agora não fez nada pela comunidade, só por  
algumas ruas ..... 06,8%

25.04. Devagar demais .....	02,4%
25.05. Precisa de mais atenção e união no trabalho .....	01,5%
25.06. Não está satisfeito .....	00,9%
25.07. Melhorou muito a situação da rua .....	00,9%
25.08. Acho que há interesse político .....	00,9%
25.09. É mal organizada .....	00,5%
25.10. Não participo, pois sou testemunha de Jeová e eles são católicos .....	00,5%
25.11. Está muito dispersa e parece não ter metas .....	00,5%
25.12. Não conheço, mas acho que deveria cuidar de todos os interesses da comunidade .....	00,5%
25.13. Tira vantagem quem participa, ganha bem .....	00,5%

26. Em caso de necessidade de atendimento ou orientação médica, qual o posto que procura?

26.01. Posto de Saúde de Salgadoinho .....	50,7%
26.02. Outros Postos do Recife .....	26,1%
26.03. Outros postos de Olinda .....	32,2%

27. Desenvolve alguma atividade extra na residência?

27.01. Não .....	86,8%
27.02. Sim .....	13,2%

Obs.: Em caso de resposta 22.02 na questão 22, perguntamos:

28. Que tipo de atividade?

28.01. Prestação de serviços .....	07,4%
28.02. Comércio .....	05,5%
28.03. Igreja (01) .....	00,3%

29. Se presta serviço, que tipo?

29.01. Lavadeira .....	03,5%
29.02. Bordado/costura .....	02,1%
20.03. Manicure/cabeleireira .....	00,7%
29.04. Oficina/Pintura de autos .....	00,5%
29.05. Cartomante .....	00,3%
29.06. Abriga entidade organizativa .....	00,3%

30. Se esta atividade gera renda, ela é a única fonte de renda da família?

30.01. Não .....	09,5%
30.02. Sim .....	03,7%

DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA FICHA AUXILIAR .....

Relação das 26 profissões e atividades econômicas dos moradores de Milagres, por ordem de incidência.

Biscate .....	41
Empregada Doméstica .....	41
Motorista .....	23
Comerciário .....	22
Lavadeira .....	22
Vigilante .....	18
Comerciante .....	15
Mecânico' .....	15
Pedreiro .....	15
Servente .....	14
Professor .....	11
Marceneiro .....	10
Pescador .....	10
Funcionário Público .....	10
Vendedor .....	09
Ambulante .....	09
Pintor .....	08
Operador de Máquinas .....	07
Costureira/o .....	07
Cozinheira/o .....	06
Descarregador de caminhão .....	05
Garí .....	05
Manicure .....	05
Camareira .....	04

Serralheiro .....	04
Zelador .....	04

**OBS:** Entre as fontes de renda detectadas na ficha auxiliar, a maior incidência é de pensionistas - pessoas que sobrevivem de pequenos benefícios do Estado.

PENSIONISTAS - 69.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA SÓCIO-ECONÔMICA DE MILAGRES:

Analisaremos os aspectos mais relevantes do levantamento sócio-econômico realizado em 1989, em todos os domicílios da comunidade de Milagres. Com relação ao tempo que cada família mora na área verificamos que 43% dos entrevistados afirmaram residir no local há mais de oito anos. Convém esclarecer que, apesar da invasão existir há apenas oito anos, consideramos como universo da pesquisa, além da invasão propriamente dita, uma área circunvizinha, sendo necessária a inclusão desta, em virtude da mesma pertencer ao raio de atuação da Associação de Moradores de Milagres, daí, o elevado índice de pessoas residentes há mais de oito anos na região.

Ainda relacionado a esse item, observaremos que apenas 1,8% permanecem desde a ocupação, e que o maior período de crescimento populacional da região, tendo como limite os últimos oitos anos, foi entre 1984 e 1986, considerando os 15,6% de entrevistados que afirmaram residirem na região entre 03 a 05 anos, fato que coincide com o período de agravamento da recessão na economia brasileira na presente década.

Na tabela 05, teremos como principal motivo de escolha da região para fixação de moradia, a impossibilidade de pagamento de aluguel, dado pressumível devido a baixa renda familiar dos moradores da região. É conveniente esclarecer que a tabela 06, correspondente ao desdobramento da questão 05, reflete os 41,2% que responderam "outros motivos", isto significa que, os "nascidos no bairro" representam 20,51% do total dos motivos que levaram os moradores a escolher Milagres como região para fixação de suas moradias.

Na questão 09 perguntamos: (se paga aluguel). Qual o valor, nome e endereço do proprietário? Os dados expostos não correspondem ao total de casas alugadas, o que é de 84, devido a audiência de Chefe<sup>(1)</sup> da casa

---

"Chefe da família" - esta designação foi atribuída ao provedor econômico do domicílio, podendo ser o homem, a mulher, o casal ou outros.

na ocasião em que foi feita a pesquisa, portanto, alguns entrevistados não dispunham da informação, havendo casos em que apenas fomos informados do nome e/ou endereço e/ou valor do aluguel.

Outra questão que serviu apenas para confirmar a nossa observação preliminar, foi quanto ao material utilizado na construção do móvel, onde temos 57,5% de casas construídas de madeira. Neste item, denominamos de "misto", o domicílio que em sua composição encontram-se diversos materiais, como por exemplo: papelão, chapas de zinco, madeiras, amianto, etc. Complementando estes dados, verificaremos na tabela de número 15, referente à condição sanitária do imóvel, que apenas 39,1% possuem fossa, e 3,7% utilizam o esgoto, enquanto que os demais (57,2%), que representam a maioria, estão privados ao acesso a bens de consumo coletivo, como o serviço de esgoto público e impossibilitados economicamente de construir fossas individuais.

Milagres é, portanto, um espelho de tantas outras favelas da Região Metropolitana do Recife. Os problemas de habitação, saneamento básico, precárias condições de saúde e educação, assim como os baixos salários e altos índices de desemprego refletem uma realidade nordestina e brasileira.

Ao fazermos a leitura do alcoolismo nesta comunidade estivemos atentos para todo o contexto sócio-cultural vivido por esta população.



11. Você já teve algum internamento? Como foi essa experiência? O que o levou a tal decisão? (Se não alcoolista, você internou alguém por questões de alcoolismo? O que o levou a tal decisão?).

12. Você tem alguma história de violência enquanto alcoolizado? Como foi essa experiência? (Se não alcoolista, você já presenciou ou foi vítima de violência por uma pessoa alcoolizada?).

13. Tem diferença alcoolista homem e mulher?

14. O que lhe agrada e lhe desagrada numa pessoa que bebe?

15. Já frequentou ou frequenta o AA. (Se não alcoolista, já frequentou ou ouviu falar no ALANON?).

+ + + +

**DISSERTAÇÃO: ALCOOLISMO: FENÔMENO DO CORPO, DA ALMA, DA CULTURA**

**PESQUISA PARTICIPANTE: ESTE QUESTIONÁRIO FOI APLICADO PELOS AGENTES DE SAÚDE MENTAL EM SUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO, COM O OBJETIVO DE CONHECER AS REPRESENTAÇÕES POPULARES SOBRE O FENÔMENO DO ALCOOLISMO E IMPLANTAÇÃO DE TRABALHOS DE PREVENÇÃO A SEREM DESENVOLVIDOS NAS RESPECTIVAS ÁREAS**

I - Dados de Identidade:

Nome:

Idade:

Grau de Instrução:

Profissão:

Religião:

Renda Familiar:

II - Situação Familiar.

2.1. Tem casos de alcoolismo ou de problemas com uso de álcool na família?

a) - ( ) SIM

b) - ( ) NÃO

2.2. Qual o grau de parentesco?

a) - ( ) Pai

b) - ( ) Mãe

c) - ( ) Filho

d) - ( ) Filha

e) - ( ) Esposo

f) - ( ) Esposa

g) - ( ) Irmão

h) - ( ) Irmã

i) - ( ) Outros:

III - Conceito e Causa.

Assinale uma ou mais questões, caso seja necessário.

3.1. Na sua opinião alcoolismo é:

a) - ( ) Vício

b) - ( ) Vagabundagem

c) - ( ) Maus Espíritos

d) - ( ) Falta de Vergonha

e) - ( ) Doença

f) - ( ) Falta de Força de Vontade

g) - ( ) Irresponsabilidade

h) - ( ) Outros: Qual? \_\_\_\_\_

3.2. O que leva a pessoa a se tornar alcoolista?

a) - ( ) Influência dos Amigos

b) - ( ) Desajuste Familiar

c) - ( ) Ser filho de Alcoolistas

d) - ( ) Influência da Propaganda (bares, revistas, televisão)

e) - ( ) Encontrar diversão Somente na Bebida

f) - ( ) Desemprego e Fome

g) - ( ) Outros: Qual? \_\_\_\_\_

4.1. De que forma você age diante do problema?

a) - ( ) Não Dá Importância

b) - ( ) Procura Assistência Médica

c) - ( ) Dar Conselhos

d) - ( ) Procura Ajuda nos Terreiros

e) - ( ) Na Igreja Protestante

f) - ( ) Procura Grupo do AA. (Alcoólicos Anônimos)

g) - ( ) Outros: Qual? \_\_\_\_\_

Oliveira, Vera Lucia Alves de

Alcoolismo fenomeno do corpo,  
da alma, da cultura

39/048a

(160EC/91)

Deaças/Be Pin  
ent 50000  
02/91

R\$ 30,00

2-ALF.be/PIU

Rea