

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO**  
**Mestrado em Ciências da Saúde**

**Karina Da Silva Paes**

**IMPACTO DO ALCOOLISMO NOS RELACIONAMENTOS  
HETEROSSEXUAIS**

**São Paulo**  
**2020**

**Karina da Silva Paes**

**IMPACTO DO ALCOOLISMO NOS RELACIONAMENTOS  
HETEROSSEXUAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da universidade de santo amaro – UNISA, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro.

Orientador: Prof. Dr. Neil Ferreira  
Novo

Coorientadora: Profa. Dra. Yára  
Juliano

Coorientadora: Prof. Dra. Celina  
Daspett

**São Paulo**

**2020**

**Karina da Silva Paes**

**IMPACTO DO ALCOOLISMO NOS RELACIONAMENTOS  
HETEROSSEXUAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da universidade de santo amaro – UNISA, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro

Data de Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora**

---

Prof. Dr. Neil Ferreira Novo  
(Orientador)  
(Universidade Santo Amaro - UNISA)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Ribeiro  
(Universidade Santo Amaro – UNISA)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lucia de Moraes Horta  
(Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP)

Conceito final: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho aos usuários do CAPS AD III Campo Limpo e a todos que são perseverantes diante das adversidades e acreditam que os impasses e dificuldades presentes no cotidiano os tornam resilientes para transformarem os desfechos em possibilidades.*

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço à Deus por estar ao meu lado me capacitando dando forças e motivação para alcançar os seus propósitos e não permitindo que eu venha desanimar e desacreditar nas promessas que tens para minha vida.

Agradeço ao meu esposo Leandro Ribeiro da Conceição, pela paciência e apoio nos momentos difíceis, estava ao meu lado demonstrando sentimentos e atitudes positivas que fizeram diferença para eu não desistir dos nossos projetos.

Ao meu amado filho João Pedro Ribeiro Paes, me abduquei de momentos especiais em sua presença, para construção desta pesquisa.

À minha querida e amada irmã Larissa Tatiane da Silva Costa, que esteve ao meu lado, ajudando e contribuindo com as tarefas domésticas e principalmente com alguns cuidados referente ao João Pedro no período que estive produzindo está pesquisa.

Aos meus pais Luiz Henrique Paes e Maria Ferreira da Silva Paes, por terem sido abençoados por Deus e por terem me dado a vida, por mais que a união não foi adiante, deixou marcas em mim para que eu pudesse fazer a diferença na vida das pessoas, famílias e casais.

À minha amada amiga Romina Mariet Vera, que esteve ao meu lado e com a sua delicadeza pode mostrar o quão importante é se dedicar aos sonhos e por mais que pareçam impossíveis não devemos desistir.

Ao meu orientador Dr<sup>o</sup> Neil Ferreira Novo e minhas coorientadoras Dr<sup>a</sup> Yára Juliano e Dr<sup>a</sup> Celina Daspett, que estiveram presentes e por compartilharem conhecimentos e experiências durante a construção desta pesquisa.

À universidade UNISA, ao corpo docente e aos meus colegas do Mestrado em Ciências da Saúde por terem acreditado no meu desenvolvimento e crescimento pessoal e acadêmico.

Agradeço a banca examinadora Dr<sup>a</sup> Ana Lucia de Moraes Horta, Dr<sup>a</sup> Ana Paula Ribeiro e Dr<sup>a</sup> Jane de Eston Armond, durante minha trajetória na busca de novos aprendizados contribuíram muito para minha formação pessoal e profissional.

Agradeço aos colegas de trabalho, à coordenadora Raquel Favaro e ao Instituto Israelita de Responsabilidade Social do Hospital Albert Einstein, pelo incentivo acadêmico e possibilidade de crescimento pessoal e profissional frente as novas oportunidades em adquirir conhecimentos.

Meus sinceros agradecimentos aos usuários do CAPSAD III Campo Limpo e aos entrevistados por compartilharem suas vivências e tenho certeza que esta dissertação repercutirá em mudanças significativas nas pessoas que tiverem acesso a este trabalho.

### ***Não sei***

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.*

***Cora Coralina***

## RESUMO

**Introdução:** O alcoolismo é um problema de saúde pública e na sociedade brasileira, é uma substância lícita e de fácil acesso. Dentre as consequências, destacam-se o aumento da mortalidade, acidentes, violências, danos físicos, psicológico, social com repercussão nos relacionamentos familiares e amorosos.

**Objetivos:** Identificar a influência do alcoolismo sobre o gênero situação, de violência, relacionamento familiar e amoroso dos indivíduos em tratamento no CAPS AD III.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, onde avaliaram-se 103 pessoas com experiência amorosa e em tratamento para alcoolismo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, localizado na zona sul da cidade de São Paulo, no período de outubro a dezembro de 2018, a participação foi voluntária e por conveniência.

**Resultados:** Os resultados do presente estudo demonstraram que os gêneros femininos (14%) e masculino (86%) em relação aos dados sociodemográficos, período de união e período de tratamento, houve diferença significativa entre os gêneros, destacando que as mulheres (85,7%) sentem mais ciúmes do que os homens (57,3%). Em relação ao histórico da violência conjugal, foi encontrado que as mulheres fazem mais ameaças de agressão (71,4%) e ameaça de morte (64,3%) quando comparada aos homens. Em relação aos impactos na sexualidade, a falta de interesse mostrou-se maior nas mulheres (78,6%) quando comparadas aos homens (50,6%). O aumento da libido é superior nos homens (74,2%), além do aumento no interesse ou atração por outras pessoas (71,9%), quando comparado as mulheres. Em relação a falta de preliminares com o companheiro (a) foi de (40,4%) nos homens e (71,4%) nas mulheres.

**Conclusões:** As variáveis sociodemográficas não diferiram significativamente quando comparados em relação as demais estudadas, as mulheres apresentam mais ocupadas no âmbito formal e informal porém, a renda percapta familiar permanece inferior quando comparada ao gênero masculino, os fatores ligados a relação entre as mulheres, as análises não revelaram diferença significativa, entre os homens e a ideação suicida, dificuldade socioeconômicas, depressão e a falta de comunicação foram os fatores significativamente mais frequentes. Entre os homens a discussão foi significativamente maior, porém, em ambos os sexos o início da violência foi proveniente da discussão considerada como agressão verbal durante o período de conflito do casal. Em relação aos sentimentos na família e crenças referente a conjugalidade a frequência das respostas entre os gêneros foram semelhantes e a análise estatística não mostrou significância. O tipo de incentivo para início do tratamento no CAPS AD foi realizado pelos amigos conforme a frequência das respostas entre os gêneros feminino e masculino e a partir desse direcionamento a procura foi por demanda espontânea.

**Palavras chave:** Relacionamento amoroso, gênero, alcoolismo, violência conjugal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Alcoholism is a public health problem and in Brazilian society, it is a legal substance and easily accessible. Among the consequences, we highlight the increase in mortality, accidents, violence, physical, psychological and social damage with repercussions on family and loving relationships. **Purpose:** To identify the influence of alcoholism on gender, violence, family and loving relationships of individuals undergoing treatment at CAPS AD III. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory, descriptive study with a quantitative approach, through the application of a semi-structured questionnaire, which evaluated 103 people with love experience and undergoing treatment for alcoholism at the Psychosocial Care Center for Alcohol and other drugs, located in the south of the city of São Paulo, from October to December 2018, participation was voluntary and for convenience. **Results:** The results of the present study demonstrated that the female (14%) and male (86%) genders in relation to the sociodemographic data, union period and treatment period, there was a significant difference between genders, highlighting that women (85,7%) feel more jealous than men (57.3%). Regarding the history of conjugal violence, it was found that women make more threats of aggression (71.4%) and death threats (64.3%) when compared to men. Regarding the impacts on sexuality, the lack of interest was greater in women (78.6%) when compared to men (50.6%). The increase in libido is higher in men (74.2%), in addition to the increase in interest or attraction for other people (71.9%), when compared to women. Regarding the lack of foreplay with the partner, it was (40.4%) in men and (71.4%) in women. **Conclusions:** The sociodemographic variables did not differ significantly when compared to the others studied, women are more busy in the formal and informal scope, however, the per capita family income remains lower when compared to the male gender, the factors related to the relationship between women, analyzes did not reveal any significant difference, between men and suicidal ideation, socioeconomic difficulties, depression and lack of communication were the most frequent factors. Among men, the discussion was significantly greater, however, in both sexes the beginning of violence came from the discussion considered as verbal aggression during the couple's conflict period. Regarding feelings in the family and beliefs regarding conjugality, the frequency of responses between genders was similar and the static analysis did not show significance. The type of incentive to start treatment at CAPS AD was carried out by friends according to the frequency of responses between women and men, and based on this direction, demand was spontaneous demand.

**Keywords:** Love relationship, gender, alcoholism, domestic violence.

## **Tabelas**

Tabela 1- Gênero .....	29
Tabela 2- Gênero e cor.....	30
Tabela 3- Gênero e idade.....	31
Tabela 4- Gênero e naturalidade .....	32
Tabela 5- Gênero e distrito de abrangência .....	33
Tabela 6- Gênero e escolaridade .....	34
Tabela 7- Gênero e ocupação .....	35
Tabela 8- Gênero e renda percapta .....	35
Tabela 9 - Gênero e religião .....	36
Tabela 10- Gênero e dependentes.....	38
Tabela 11- Gênero e outras doenças.....	39
Tabela 12- Gênero e antecedência familiar .....	40
Tabela 13- Gênero e união atual .....	41
Tabela 14- Gênero e tempo de união .....	42
Tabela 15- Gênero e motivos.....	43
Tabela 16- Gênero e histórico da violência conjugal .....	47
Tabela 17- Gênero e crenças.....	52
Tabela 18- Gênero e sentimentos na família.....	53
Tabela 19- Gênero e sexualidade .....	56
Tabela 19.1- Gênero e sexualidade .....	57
Tabela 20- Gênero e conflitos.....	60
Tabela 21- Gênero e tempo para procura do tratamento .....	62
Tabela 22- Gênero e referenciamento ao tratamento.....	63
Tabela 23- Gênero e início do consumo.....	67
Tabela 24- Gênero e tempo de tratamento.....	69

## **Lista de siglas**

**VPI:** Violência por parceiro íntimo

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**CAPS AD:** Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

**CID 10:** Código Internacional de doenças- décima edição

**TCLE:** Termo de consentimento livre e esclarecido

**APS:** Atenção Primária a Saúde

**DE:** Disfunção erétil

**RAPS:** Redes de Atenção Psicossocial

**APS:** Atenção Primária em Saúde

**APE:** Atenção Psicossocial Especializada

**UA:** Unidade de Acolhimento

**NASF:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**PTS:** Projeto Terapêutico Singular

**AA:** Alcoólicos Anônimos

**NA:** Narcóticos Anônimos

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
2.1. Álcool e violência.....	13
2.2. Histórico da dependência de álcool e gênero .....	16
2.3. Relacionamento de casal: Alcoolismo e relacionamento amoroso .....	19
<b>3. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>24</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
4.1. Geral.....	25
4.2. Específico.....	25
<b>5. MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
5.1. Tipo de estudo.....	26
5.3. População, amostra, critérios de inclusão e de exclusão.....	26
5.4. Coleta de dados .....	27
5.5. Pressupostos éticos .....	27
5.6. Análise Estatística .....	28
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>87</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O álcool é uma substância psicoativa lícita na Sociedade Brasileira, a frequência do consumo de bebidas alcoólicas teve um aumento significativo na população conservando as devidas particularidades de acordo com as regiões do país, o padrão de consumo, o gênero, a faixa etária, a classe socioeconômica e o tipo de bebida consumida<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde ao longo das décadas, aponta que o alcoolismo é um problema de saúde pública, ou seja, a dependência de substância alcoólica se associa ao aumento da mortalidade, violências, acidentes, danos físicos, psicológicos e relacionais, potencializam as vulnerabilidades nas famílias e nos relacionamentos amorosos<sup>2</sup>.

Fenômenos complexos como violência e dependência do álcool não possuem uma causa única, necessário compreender e intervir nas relações entre os gêneros, contextos e processos que influenciam a dinâmica desta díade<sup>3</sup>.

Cabe destacar que o alcoolismo está associado a diversas situações do cotidiano, muitas vezes o dependente desconhece os principais motivos desencadeadores para o uso, esse hábito comportamental torna-se cada vez mais presente e repetitivo, fazendo com que a pessoa se limite exclusivamente ao uso e conseqüentemente os danos e prejuízos se instalam.

No ano de 2007 a Secretaria Nacional Antidrogas realizou uma pesquisa no âmbito nacional destacando os problemas conjugais frente ao padrão de consumo abusivo de álcool na população brasileira, sendo que a amostra estudada nesse levantamento, “25% disseram que o (a) companheiro (a) ou pessoa com quem morou ficou irritado (a) com o consumo abusivo ou com seu comportamento enquanto bebiam. Outros 12% disseram ter iniciado discussão ou briga com o parceiro quando bebiam”, esse fato aponta para a importância do trabalho com as famílias e casais, pois são diretamente impactados pelos uso abusivo de substância alcoólica do familiar e/ou cônjuge<sup>4</sup>.

A violência entre parceiros íntimos (VPI), ocorre entre cônjuges, namorados, ex-companheiros (as) e entre outros parceiros (as) sem união formalizada, por meio de atos violentos representados em ameaças e agressões físicas, psicológicas, patrimoniais e sexuais, separadamente ou associadas<sup>5</sup>.

Ainda neste cenário as famílias vivenciam contextos de riscos e vulnerabilidades

psicossociais relacionadas aos repetitivos acontecimentos associados ao consumo de substâncias alcoólicas, violências e estigmas sociais. Tais aspectos envolvem: gênero, classe social, aparência física, etnia e orientação sexual<sup>5</sup>.

A transmissão intergeracional entre os gêneros mostra que o abuso de álcool e a violência interpessoal expande-se ao longo das gerações, durante a fase de desenvolvimento a pessoa que presencia esse comportamento tende a perpetua-lo no futuro, sendo como agressor, vítima ou ambos<sup>5,6</sup>.

Entre os gêneros feminino e masculino os alcoolistas sofrem influências negativas em diversos aspectos que culminam em: desigualdades no âmbito pessoal e profissional, associado a falta de oportunidades e baixos salários, principalmente entre as mulheres, socialização fragilizada e permeada por preconceitos e falta de apoio, esses são os prejuízos que repercutem diretamente no relacionamento amoroso e familiar<sup>5</sup>.

Ainda em relação ao relacionamento amoroso perante os múltiplos prejuízos advindos com a dependência alcoólica, propicia que o casal perca o prazer em relação a comunicação voltada para as questões do relacionamento, isso faz com que as crises e conflitos se instalem favorecendo o afastamento conjugal, resultante na toxidade relacional que na maioria das vezes o desfecho se dá por meio da separação.

Tendencialmente ao longo desse processo o casal evita participar das atividades sociais, por sentirem-se com medo, vergonha e por desconhecimento quanto as possibilidades de romper com este ciclo que interliga a substância e a violência relacional reforçada entre as gerações.

Os envolvidos no conseguem identificar mudanças e culturalmente veem esse fenômeno como algo comum e impossível de ser mudado, o principal fator é o desconhecimento de possibilidades, informações insuficientes e principalmente pela falta de entendimento frente ao padrão de repetição e quando não alterado mantém os envolvidos adoecidos.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. Álcool e violência

O álcool é uma droga de fácil acesso, legalizada, e aceita na sociedade, estando presente nas festividades como bailes, casamentos, formaturas, aniversários, réveillon, festas open bar, corroborando o consentimento social do seu consumo<sup>8</sup>.

O consumo de bebida alcoólica pode provocar dependência e os transtornos, que são decorrentes do uso irregular e abusivo, atingem negativamente os familiares e contribuem massivamente para a violência doméstica, conflitos interpessoais, separação do casal, negligência infantil, dificuldades financeiras e legais e problemas clínicos<sup>9</sup>.

No início do século XX o consumo abusivo de bebidas alcoólica foi abordado por estudiosos por ser considerado como um perigo social, estigmatizado como “causador da maior parte das alienações e dos crimes”. Tendo reflexos no âmbito econômico, por gerar uma diminuição na qualidade do trabalho executado e nos resultados esperados, tais prejuízos se estende nos dias atuais<sup>10-12</sup>.

Culturalmente a visão estigmatizada se mantém e reflete em vários segmentos da sociedade, pois a exclusão reverbera no cenário socio econômico, repercutindo em prejuízos variados nas famílias, a falta de recursos psíquicos ou de equilíbrio emocional diante das situações adversas, faz com que as pessoas procurem alternativas inadequadas para lidarem com as adversidades e, ainda é muito comum anestesiar as emoções com o consumo da substância, sabe-se que essa atitude traz inúmeros problemas para os relacionamentos, estudos, trabalho e saúde.

Diante das múltiplas consequências do consumo de álcool no relacionamento amoroso ou conjugal está presente a prática da violência que envolve sentimentos de negação do dano ao núcleo familiar, diminuição do convívio social como tentativa de esconder e fugir dos padrões socialmente impostos para manter a boa imagem familiar. Ou seja, o enfrentamento da doença “alcoolicismo” é longo, e inicialmente o cônjuge, os filhos e o usuário percebem o consumo do álcool como um fator de interação social, negando qualquer problema quanto ao abuso da substância ou como doença<sup>13,14</sup>.

As questões descritas acima trazem uma discussão peculiar frente aos danos ocasionados pela dependência, a visão dos benefícios iniciais socialmente aceitos são desconstruídos, quando o consumo abusivo traz consequências inesperadas como os efeitos indesejáveis e comportamentos de risco.

Entre os gêneros é importante salientar que há particularidades quanto à aceitação do consumo quando não prejudicial e quando prejudicial, principalmente quando os comportamentos e atos são ameaçadores e violentos.

Tais atitudes refletem diretamente na mudança de paradigma fazendo com que as barreiras nos relacionamentos sejam constituídas de maneira enrijecida que dificulta na quebra desse padrão.

Ainda neste aspecto, cabe ressaltar o desenvolvimento dos conflitos internos e externos, mantidos frente aos prejuízos advindos com uso abusivo do álcool estando associado ao comportamento violento no âmbito relacional que deixam marcas de difícil dissolução e engloba crenças e valores individuais, no qual, o usuário, familiares, amigos e sociedade estão diretamente envolvidos.

O consumidor abusivo da bebida alcoólica não se reconhece como doente/dependente, assim como sua família também, pelo sofrimento, vergonha, medo do estigma, até por não considerar o alcoolismo uma doença, buscam ocultar essa situação, dificultando o tratamento e a reintegração da pessoa na sociedade<sup>15</sup>.

Para as famílias que vivenciam os sintomas de estresse, traumas, tem aumentado a expectativa e a ansiedade por cura do familiar alcoolista, o autor aponta que o fato de se ter um dependente de álcool na família tende a potencializar os sintomas descritos acima por saber que todos estão envolvidos no mesmo ciclo<sup>16</sup>.

O usuário abusivo de substância alcoólica consome por diversos motivos, sendo, para aceitar a realidade, a tendência a fugir das responsabilidades, a angústia, agressividade, má resistência/ tolerância às frustrações e tensões, o nível de consciência tende a levá-lo a uma conduta impulsiva, negligente perante a família, frequentes perdas de emprego, problemas financeiros, negligências e agressividade perante a sociedade. Podendo haver alguma contribuição genética que facilite a dependência alcoólica, incluindo os fatores culturais e comportamentais importantes nessa avaliação<sup>16</sup>.

A predisposição aos fatores influenciadores não pode ser descartada, pois são necessários para os profissionais que atuam nesta área, o entendimento quanto aos sentimentos, emoções, razões desencadeadoras para o uso, comportamentos antes e após a exposição do consumo da substância. Também vale destacar as situações que propiciam tais comportamentos e dentre eles, o histórico familiar, além das atividades e habilidades que na maioria das vezes não estão sendo realizadas e utilizadas, inclusive os desejos e projetos de vida são extremamente importantes.

Tais informações descritas acima, são precisas e primordiais para a construção de possibilidades frente a redução dos danos e prejuízos, elas são

construídas junto com o dependente e família, possibilitando a criação de novas ferramentas a serem praticadas nos momentos que estão limitados e condicionados ao padrão repetitivo de comportamentos e atitudes desenvolvidas e reproduzidas há anos.

Apesar das facilidades de acesso aos grupos de apoio e tratamento nos mais variados seguimentos no sistema único de saúde, a estigmatização do uso de álcool apresenta uma considerável barreira aos esforços dos profissionais da saúde em estreitar o vão entre o tratamento necessário aos dependentes e aos serviços disponíveis para esta especialidade. Para o usuário a conveniência na negação pode estar intimamente ligada ao subconsciente do não querer a rotulação de “ser um alcoolista” ou “dependente de álcool”, onde reprimir a real situação é melhor do que encará-la e vivenciá-la<sup>17</sup>.

Frente essa questão, cabe destacar que a negação faz parte do processo da pessoa em não buscar alternativas para mudar as circunstâncias, pois tendem a assegurar inconscientemente a reprodução de comportamentos e estagnação diante das possibilidades e alternativas frente aos cuidados de saúde e a qualidade de vida.

Muitos dependentes está convicto que os alcoolistas são: “bêbados, sem vergonha, vagabundos, inúteis, paro quando eu quero e bebo para não tremer ou para não apresentar ressaca”.

Os tratamentos, serviços especializados e profissionais da saúde mental, são classificados popularmente como lugares para loucos, os profissionais também são loucos, enganadores que só ficam no “blá blá blá”, entre outros estereótipos.

Essa marca é expressada culturalmente por muitos e infelizmente dificulta e impede que as pessoas busquem por tratamento especializado, aumentando os riscos e vulnerabilidades, perante ausência do acompanhamento e tratamento especializado.

Essa visão faz com que muitas pessoas tenham prejuízos no âmbito biopsicossocial, estando vulneráveis à tal exposição, ainda neste cenário quando a pessoa procura por tratamento, grupos de ajuda mutua ou o fortalecimento da espiritualidade, torna-se desafiador a desconstrução da visão alienada e empobrecida quanto a autonomia, reconstrução e fortalecimento dos laços familiares e de amizades, pois o acesso aos espaços culturais, de lazer, estudos e entre outros, por anos foram vistos como um obstáculo.

## 2.2. Histórico da dependência de álcool e gênero

O álcool é uma substância presente na história humana, conhecido em diferentes culturas e sociedades por possuir a capacidade de alterar o estado de consciência e modificar comportamentos. Porém, com as variações econômicas e sociais, houve mudanças na forma das pessoas se relacionarem com a bebida. Na Antiguidade Clássica o vinho era produzido e diluído com duas proporções de água, caso as proporções fossem iguais a bebida era considerada forte e se a proporção de vinho fosse superior, a substância era considerada perigosa ocasionando grandes riscos e danos físico, mental e social<sup>18</sup>.

O hábito de beber antes da refeição noturna era considerado uma prática comum entre os Gregos e Romanos, porém as mulheres Gregas não participavam desses rituais e raramente realizava o consumo de forma discreta durante o trabalho doméstico, popularmente as pessoas diziam que era melhor uma mulher beber do que ser adúltera ou criminosa<sup>18</sup>. Entretanto, na cultura Romana as mulheres eram impedidas de beberem devido mudanças e alterações do comportamento feminino, ou seja, a sociedade acreditava que a mulher perderia a feminilidade e se tornaria mais rude e ou violenta<sup>18</sup>.

Atualmente o consumo de bebidas alcoólicas antes das refeições é naturalizado como aperitivo, muitos acreditam que este hábito propicia o aumento do apetite, porém há comprovação científica que o álcool reduz o apetite e traz prejuízos à saúde.

Mulheres e homens brasileiros frequentemente fazem o consumo e apreciam as substâncias alcoólicas nos momentos de interação e comemoração, tendo como objetivo o sentimento de recompensa frente a “felicidade”.

Os escravos não controlavam o consumo e por essa dificuldade eram privados da bebida, as crianças não podiam beber, mas há registro de alcoolismo infantil e a proibição indicaria uma reação social ao comportamento inadequado para a idade<sup>18</sup>.

No Brasil os homens não participavam do processo de produção e as índias jovens produziam a bebida nativa feita a partir da mandioca, do aipim, do milho, do caju, do abacaxi, da jabuticaba entre outras raízes ou frutas. O Cauim conhecido como uma bebida fermentada o caldo extraído da mandioca era misturado com a saliva para fermentar. Neste período a bebida tinha a finalidade de alimentar os colonos e os missionários conseqüentemente os levava ao estado de embriaguez<sup>19</sup>. Durante as festas os colonos consumiam vinho importado da metrópole portuguesa,

enquanto os menos favorecidos consumiam a aguardente de cana, cachaça, pinga, caninha, ou seja, subproduto da indústria açucareira, a partir da segunda metade do século XVII a cachaça era considerada pelas populações indígenas como uma bebida de não índio, comprada na cidade<sup>20</sup>.

O consumo de água ardente difundiu pelo Brasil, sendo vista como complemento alimentar diário entre as classes populares, ou como aperitivo entre os senhores nos seus momentos de relaxamento. Na época conhecida como a bebida dos homens, mas que agradava as mulheres menos favorecidas <sup>21</sup>.

Na cultura indígena o ato de beber estava associado com rituais religiosos e de passagem, o nascimento, o começo da puberdade e fase adulta, rituais de cura, trabalhos coletivos na lavoura, tendo a finalidade de evidenciar o sentimento de prazer. O consumo de álcool no âmbito social facilitava a interação, a sociabilidade e o contato com sobrenatural, além de benefícios nutritivos e de qualidade medicinal comprovados. O consumo em excesso não era rotulado com os valores morais e quando havia rompimentos das relações familiares e de amizade era malvisto, porém culturalmente o estado de embriaguez era visto como sagrado <sup>20</sup>.

Culturalmente o consumo da bebida cauim era feita somente por homens casados e os efeitos de embriaguez era valorizado como prova de virilidade. Os homens se reuniam uma vez ao mês para beber as bebidas preparadas em uma das cabanas, durante as festas, era proibido o consumo de sólidos, devido estarem celebrando o vinho. Nas festas de celebração os homens eram incentivados a beber, eles podiam dançar ao lado das mulheres ao som dos assobios e cantos<sup>20</sup>.

As propriedades medicinais da cachaça vista como efetiva para impedir a proliferação de doenças, tanto o uso ou aplicação era reconhecida na prevenção da malária, picadas de cobra, sífilis e para combater o frio. O uso pela manhã considerava-se como milagrosa pois acreditava que ajudava a fechar o corpo contra os males<sup>22</sup>.

Nos séculos XVIII e XIX, a bebida alcoólica tinha o reconhecimento medicinal para o tratamento de doenças, o vinho era considerado como fortificante cardíaco e recomendado para a prevenção da tuberculose, a cachaça com mel e limão tratava gripe, os médicos e boticários receitavam drogas, na maioria das vezes, de origem vegetal, as plantas, especiarias, flores, frutas e águas, entre as quais a água ardente, o vinho e os licores estavam presentes na sua preparação <sup>23</sup>.

A classe socioeconômica desfavorecida fazia o consumo da cachaça, em prol do efeito de saciedade, no qual as pessoas bebiam e mantinham-se trabalhando, neste período a bebida era reconhecida e muito utilizada na classe pobre como bebida: mata fome. Durante a escravidão a cachaça era utilizada para desunir a

oposição dos negros à escravidão: os mercadores de escravos utilizavam a cachaça como recurso para estimular os chefes negros com aguardente <sup>21</sup>.

Nos anos de 1660 e 1661 foi conhecido historicamente como Revolta da Cachaça também chamada de Revolta do Barbalho ou Bernarda, que teve início marcado pelos senhores do engenho no Rio de Janeiro que eram contra a cobrança abusiva dos impostos cobrados aos fabricantes de aguardente <sup>24</sup>.

Em abril de 1661 a Revolta da cachaça foi marcada pela morte de Jeronimo Barbalho produtor da cana de açúcar no seu engenho, foi contra o monopólio da produção e comercialização da cachaça, morreu decapitado em praça pública no Rio de Janeiro. Em 1695 a Revolta acabou e manteve revogada a proibição, na qual resultou o forte aumento na produção, distribuição e venda ilegal da cachaça, porem após 60 anos de proibição foi liberada a fabricação e o consumo da cachaça <sup>25</sup>.

Durante o século XVIII o algodão, o fumo e a cana de açúcar cultivados principalmente na Bahia e em Alagoas constituíram-se importantes atividades agrícolas na economia colonial, a cana de açúcar estava no primeiro lugar no comercio de exportação e em segundo o fumo, que eram utilizados como produtos de trocas por negros na África <sup>24-26</sup>.

A cachaça fora apreciada e amplamente consumida por pessoas de diferentes segmentos sociais, porem seu consumo resultou em estigmas comparada a outras bebidas <sup>24</sup>. Durante o período colonial os europeus e jesuítas que estiveram no Brasil observaram que aguardente da terra era “a peste das aldeias”, utilizada pelos índios, no qual muitos comportavam-se de maneira inesperada com revolta, rebeldia e conseqüentemente praticavam homicídios <sup>25</sup>.

No século XIX a classe operaria burguesa buscava no âmbito sexual formas diversas de se ter prazer. Estudos apontam que o comportamento habitual e assíduo de homens frequentadores de botequins, pejoravam e culpabilizavam as mulheres alegando o não cumprimento do papel feminino, pois diziam eles: “os homens ricos têm mil maneiras de preencher suas horas de lazer. O trabalhador tem apenas duas: ficar em casa ou ir ao cabaré”<sup>26</sup>.

A mulher tinha a responsabilidade de manter um lar saudável e acolhedor na maioria das vezes, trabalhava nas fábricas, chegava em casa exausta e tinha que suportar as dificuldades do cotidiano, seu humor deveria permanecer atrativo a fim de manter seu companheiro em casa, tendo como princípio o compromisso e o dever na luta contra o alcoolismo do cônjuge, afim de preservar a estabilidade emocional da família <sup>27</sup>.

Hoje nos deparamos com mulheres casadas com a função de provedora da família, vitimas de violência, infidelidade, preconceitos, dependente ou

codependentes de substâncias psicoativas e expostas a infecções sexualmente transmissíveis para manterem-se no relacionamento amoroso.

Às novas configurações estabelecidas, encontra-se o aumento do consumo de substância praticado pelas mulheres, cobrança por padrões de beleza, questionamentos a respeito da sexualidade, ter ou não filhos ou companheiro (a), bens materiais, ou seja, muitas buscam sua individualidade, por meio de prazeres e independência.

Acabam internamente negligenciando seus valores ou expondo-se em situações de desproteção para se sobressair perante os outros, por meio das tecnologias, redes sociais e dos padrões impostos pela sociedade.

### **2.3. Relacionamento de casal: Alcoolismo e relacionamento amoroso**

Tradicionalmente os relacionamentos afetivos e amorosos tem importância valiosa na vida das pessoas, sendo que após o século XVIII a formação do relacionamento conjugal estava voltada para as normas culturais, religiosas, conservadoras e transgeracional.<sup>28</sup>

Em virtude das diferentes transformações na sociedade atual, as pessoas estão menos envolvidas em tradições familiares, ou seja, estão disponíveis a vivenciarem novas experiências nos relacionamentos afetivos gerando o rompimento do padrão seguido pela família de origem.<sup>28,29</sup>

Desde o século XVIII os valores, as crenças e as expectativas que envolvem o relacionamento conjugal são influenciados pela ideia de amor romântico que se sustenta nas mais variadas conjunturas, dentre elas os estilos de vida e de arranjos conjugais que permeia na orientação sexual, divórcio, recasamentos entre outras questões<sup>30</sup>.

A formação do casal proporciona o desenvolvimento de vínculos duradouros possibilitando a construção gradativa de vínculos: o apego, a cumplicidade, a liberdade e a autonomia emocional. Os principais fatores que influenciam na construção dos vínculos de um casal incluem a história de cada um, as afinidades, as diferenças culturais e os reais desejos que consolidam a união<sup>31</sup>.

A existência da conjugalidade origina-se na criação de pactos e acordos conjugais que abrangem as crenças, valores e proteção do casal. A qualidade dos vínculos inicia-se na infância, seguindo em constante aprendizagem e desenvolvimento da capacidade de amar e ser amada<sup>32</sup>. Os vínculos propiciam elos sadios e construtivos, quanto as frustrações e sofrimentos vivenciados, dentre eles permeiam as relações tóxicas e as que envolvem a violência doméstica<sup>33</sup>.

É importante ressaltar que a escolha do cônjuge tem influência direta no que

a pessoa projeta no outro, desde os modelos mais primórdios predomina este reconhecimento. Os fatores de identificação são marcados pelas emoções, afeto e individualidade <sup>33</sup>.

No contexto atual a formação de vínculos na conjugalidade está associada ao amor, porém com significados distintos para ambos os sexos <sup>28</sup>. Enquanto os homens vivenciam o casamento como a constituição da família, as mulheres o conhecem como relação amorosa <sup>34</sup>. O casamento representa uma relação muito intensa, que envolve intimidade e intenso investimento afetivo <sup>34</sup>.

No ciclo vital as representações englobam a perda do papel ocupado anteriormente, corresponde a transição ao mundo adulto para a paternidade, tendo em vista a iniciação sexual cada vez mais precoce, representado o viver juntos com um ou então com vários parceiros antes de se casar <sup>31</sup>.

O casamento não é visto como única possibilidade ou obrigação, a aceitação das pessoas ao se decidirem por estilos de vida que incluem ficar solteiro, viver com parceiros independente do sexo, divorciar-se, casar-se novamente e não ter filhos possibilita uma nova forma de viver a conjugalidade do ponto de vista social e familiar caracterizando uma mudança e ruptura de paradigmas<sup>33</sup>.

O panorama cultural dos anos 60 foi determinante para o rompimento de padrões vivenciados no que se refere à conjugalidade, ou seja, foi um período de forte negação à repressão e à autoridade. Época marcada pelos valores de igualdade, liberdade, mudança e por individualidade <sup>35</sup>. Atualmente refletindo-se em promessas frágeis de permanência nas relações e critérios inadequados de escolhas <sup>36</sup>.

No cenário atual estão presentes duas forças: o desejo e o amor. O amor, é visto como ânsia caracterizada pela vontade de cuidar e de preservar o objeto cuidado, e o desejo como uma força centrípeta, caracterizada pelo impulso de expandir-se e de ir além <sup>32</sup>.

Atualmente a crise no casamento conduzem reflexões que retratam a fragilização dos vínculos que partir do ponto de vista em que os corpos se tornaram um mero valor, um capital de consumo. Destacam-se ao fato das pessoas que não possuem o corpo idealizado pela cultura presente acabam por se tornarem e sentirem-se invisíveis, excluindo-se do chamado mercado matrimonial e mercado sexual <sup>37</sup>.

As problemáticas enfrentadas pelo casal preconizam a necessidade de compreensão referente as tensões presentes na individualidade e na conjugalidade está presente o aumento de expectativas e idealizações que geram conflitos <sup>34</sup>. Ou seja, o relacionamento conjugal é um conjunto formado por dois indivíduos e uma

relação: eu, você e nós, sendo, importante compreender a vivência da conjugalidade considerando que o casamento na atualidade está ligado a noções de interação, transformação e flexibilidade em relação ao novo e ao diferente <sup>38</sup>.

Algo que chama atenção é que tornar-se casal é uma tarefa difícil, envolve vários aspectos dentre eles as crenças referentes aos objetivos e desejos de cada um, além das experiências estruturadas nas famílias de origem e ou outras experiências matrimoniais que resulta em escolhas e renúncias. Diante disso no início da relação os casais contratualizam simbolicamente as regras da relação <sup>39</sup>.

Nesse contrato estão inseridos os pactos conjugais e os pactos secretos. O pacto conjugal representa os princípios afetivos e religiosos de situações ainda desconhecidas dentre eles: amar e respeitar na saúde e na doença. O pacto secreto refere-se ao respeito mútuo das relações familiares, relações individuais, relações sociais e ao presente-futuro <sup>40</sup>.

Historicamente o pacto conjugal foi estabelecido pela vontade das famílias de origem, pela relação de autoridade. Atualmente, com a ampliação dos modelos, tornou-se uma tarefa que poucos casais conseguem fazer. A falta de um contrato explícito influencia diretamente na vivência da conjugalidade e na ruptura, fenômeno cada vez mais frequente e que pode ser vivenciado e aplicado em níveis de saúde ou de doença <sup>41</sup>.

A ausência de maturidade nos relacionamentos gera a procura pela individualidade e satisfação pessoal, na qual este cenário ganha espaço desde a década de 1950.

Atualmente o aumento do consumo de substâncias feito por jovens, adultos, homens, mulheres, resulta em desfechos alarmantes no âmbito da saúde, social, econômico e educacional, pois reflete nos casos de depressão, ansiedade, ausência de limites, impulsividade, permissividade, insegurança, insatisfação pessoal, dificuldades em manter-se frente aos projetos e objetivos.

As pessoas não se reconhecem como responsáveis pela própria mudança, necessitam se fortalecerem emocionalmente, por acreditarem que o problema está no outro, resultando na busca de novos relacionamentos amorosos, formas diferentes para se satisfazerem por meio da constante busca por individualidade, prevalecendo a dissolução e rompimento, fazendo com que o novo ciclo se instale e seja reproduzido pela ausência do próprio conhecimento e satisfação pessoal.

Atualmente o alcoolismo é um problema mundial de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS), o define como uso nocivo de substância alcoólica, consumido de maneira excessiva resultante em dano físico ou mental de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. Portanto, o Manual de

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV, emprega o termo “abuso”, de forma mais precisa, que considera e engloba as consequências sociais do uso problemático da bebida alcoólica, a ausência de compulsividade e episódios como tolerância e síndrome de abstinência alcoólica <sup>42</sup>.

O consumo abusivo ou nocivo de bebidas alcoólicas é definido quando os prejuízos ocorrem repetidas vezes nos últimos doze meses sendo eles: a dificuldade em cumprir as obrigações, consumo exagerado de bebidas alcoólicas em situações que exigem atenção, habilidade e coordenação motora; situações de conflitos relacionados ao consumo, problemas de relacionamento interpessoal e social motivados pelo uso intenso da substância <sup>43</sup>.

O cenário mundial do ano de 2010 aponta o consumo prejudicial de bebida alcoólica como responsável pela morte de 2,5 milhões de pessoas, incluindo a violência, o suicídio, acidentes de trânsito e doenças de limitação da condição funcional, tais como, cirrose, pancreatite, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto e câncer <sup>44</sup>.

A influência da bebida alcoólica interfere na qualidade de vida dos consumidores, nas atividades domésticas, sociais e no comportamento sexual. Os dependentes de substância etílica apresentam redução na qualidade de vida e desenvolvem ansiedade, sintomas fóbicos, irritabilidade, ciúmes, depressão e dificuldades para dormir, comparados aos indivíduos que consomem em pequenas quantidades<sup>2-5,13,45</sup>. Neste período a mulher incentiva o parceiro a procurar por tratamento e quando há uma negativa por parte do dependente aumentam as possibilidades de separação <sup>46</sup>.

O isolamento social, a diminuição da frequência ou cessação das relações sexuais, influenciam nos sentimentos de medo e raiva que procedem dos questionamentos, conflitos e ausência do diálogo que impactam diretamente na dinâmica do casal<sup>11,46,47</sup>.

Os problemas que afetam as mulheres são de ordem emocional e práticas, ou seja, no quesito emocional as mulheres passam por momentos de ansiedade, medo, desgosto, decepção, dúvida, raiva, sentimento de culpa, sensação de fracasso, carência emocional, baixa autoestima, etc. Na ordem prática, os problemas podem estar vinculados aos aspectos financeiros, como falta do pagamento do aluguel, escola dos filhos, despesas cotidianas relacionadas à alimentação, transporte entre outros <sup>47</sup>.

Os danos físicos são originados por atitudes violentas, transtornos com a vizinhança em função do comportamento compulsivo e de risco resultante de ausências constantes e crises de ciúmes<sup>47</sup>.

Casais que tem um membro alcoolista, os filhos podem ter seu desenvolvimento afetado pela situação exposta, as possibilidades de se tornarem alcoolistas aumentam em três vezes na fase adulta, em comparação com aqueles que os pais não são alcoolistas, portanto, mesmo havendo algum contributo genético que facilite a dependência do álcool, os fatores culturais são, sem dúvida, os mais importantes<sup>47</sup>.

Nos lares que tem um alcoolista, a família apresenta excessiva preocupação com a negação do alcoolismo, este estágio estimula conflitos conjugais que resulta nas trocas de papeis, desenvolvendo um desgaste emocional, agravamento dos problemas e distanciamento dos envolvidos<sup>31-47</sup>. Quando o alcoolista é o provedor e não consegue exercer seu papel, os outros integrantes terão que se organizar para desempenhar o cuidado com o dependente além disso, dar seguimento as funções atribuídas a ele<sup>47</sup>.

Ainda neste aspecto, cabe enfatizar a importância da conscientização dos envolvidos, diante dos prejuízos ocasionados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas, pois, impulsiona para o aumento de prejuízos e danos no relacionamento conjugal, familiar e social.

Portanto, a sociedade e os envolvidos negam essa situação devido a falta de informação e por encontrar-se no processo de negação perante tais circunstâncias, diante disso os profissionais da saúde tem o dever de conscientizar a população perante os agravos e sofrimentos que compromete o sistema familiar e relacional.

### 3. JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática dessa pesquisa surgiu no ano de 2010, período que realizei Aprimoramento Multiprofissional em Serviço Social e Dependência Química, no final do mesmo ano passei a trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/ CAPS AD III Brasilândia. Portanto, desde o ano de 2014 trabalho na região Sul da cidade de São Paulo/ CAPS AD III Campo Limpo. Entretanto, no ano de 2011 iniciei a formação Multiprofissional em Terapia Sistêmica para o atendimento de famílias e casais. A partir do ano de 2016 passei a conciliar o trabalho no CAPS AD III Campo Limpo com os atendimentos clínicos como terapeuta de família e de casal na região central de São Paulo. A trajetória educacional e profissional proporcionou a busca e o interesse para o aprofundamento dos meus questionamentos, com o foco de desvendar respostas claras, esclarecedoras e concisas, para tais indagações: Alcoolismo e interferências quanto: gênero, violência e relação amorosa.

Frente essas indagações, acredito que por meio dessa busca de respostas cientificamente comprovadas possibilite uma mudança na sociedade fazendo com que promova críticas e reflexões quanto aos desfechos do alcoolismo nos relacionamentos e as especificidades entre os gêneros.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Geral**

Identificar a influência do alcoolismo sobre o gênero, situação de violência, relacionamento familiar e amoroso dos alcoolistas em tratamento no CAPS AD III Campo Limpo.

### **4.2. Específico**

Identificar em qual situação da relação amorosa com alcoolista tem o incentivo do cônjuge para o tratamento.

## **5. MÉTODO**

### **5.1. Tipo de estudo**

Estudo transversal, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, pela aplicação do instrumento de coleta semiestruturado no período de outubro a dezembro de 2018.

### **5.2. Local do estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial/ CAPS AD III Campo Limpo, localizado na zona sul da capital no endereço: Rua Domingos Bicudo, 385 JD. Pirajussara- São Paulo/ SP. CEP: 05786-080.

O CAPS AD III Campo Limpo é uma unidade de saúde mental com funcionamento de 24h por dia, oito leitos para acolhida noturna conforme as normas e diretrizes do Ministério da Saúde. Esse serviço de saúde é especializado no tratamento de pessoas com transtorno mental decorrente ao sofrimento e prejuízos do uso de álcool e outras drogas. Tendo como especificidade o cuidado, atenção integral e continuada de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde -SUS.

Essa unidade está sob responsabilidade do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein que atua na rede de serviços de saúde mental pública em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, estando em funcionamento desde o dia 09 de junho de 2014, composta por equipe multiprofissional especializada em saúde mental e dependência química, o território de abrangência Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade, a população totaliza em 673.432 habitantes.

### **5.3. População, amostra, critérios de inclusão e de exclusão**

Participaram da pesquisa 103 pessoas, sendo, 89 homens e 14 mulheres alcoolistas em tratamento no CAPS AD III Campo Limpo. A amostragem independente, individual e por conveniência dessas pessoas na participação voluntária deste estudo.

A pesquisa foi realizada após levantamento prévio de pessoas de acordo com os critérios de inclusão e diagnóstico CID10 F10. A pesquisadora realizou orientações pertinente ao termo de consentimento e aos objetivos da coleta dos dados de forma que isso foi realizado individualmente e não comprometeu o projeto

terapêutico singular/PTS, ou seja, previamente a pessoa foi abordada individualmente e indicou o melhor dia e horário para responder o questionário.

**Crítérios de inclusão:** Os critérios considerados foram homens e mulheres que estavam em tratamento para alcoolismo conforme descrito acima e com experiência conjugal anterior ou durante o período da aplicabilidade do instrumento de coleta.

**Crítérios de exclusão:** Foram excluídos dessa pesquisa, pessoas que não tinham critérios para o tratamento no CAPS AD III Campo Limpo, pessoas solteiras, uso abusivo ou dependência de outras drogas e as que se recusaram participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme descrito anteriormente.

#### **5.4. Coleta de dados**

Foi realizada a leitura e assinatura do TCLE, o questionário teve perguntas semiestruturadas quanto ao perfil sócio demográfico, casado ou separado, com ou sem dependentes, tempo de união, religião, motivos influenciadores para o consumo, tipos de violência, crenças, sentimentos e emoções na família, sexualidade, questionamentos e falhas família de origem, teve ou não incentivo para o tratamento, como chegou ao serviço, tempo de tratamento e tempo do início do consumo.

A aplicabilidade foi feita pela pesquisadora, o tempo utilizado para responder ao questionário foi de 20 minutos conforme descrito no termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento de coleta teve como foco desvendar se o alcoolismo gera algum impacto na relação conjugal e quais foram eles.

#### **5.5. Pressupostos éticos**

Todos os termos foram elaborados conforme a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto dessa pesquisa passou por submissão à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santo Amaro – UNISA, localizada na Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, nº 340, Jardim das Imbuías, São Paulo/ SP, CEP: 04829-900, sendo a pesquisa iniciada somente após Parecer Consubstanciado do CEP Elaborado pela Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-SMS/SP. CAAE: 96098718.9.30001.0086, número do parecer: 2.972.764. (APÊNDICE D).

## 5.6. Análise Estatística

Para a análise dos dados foram aplicados os seguintes testes estatísticos.

- 1- Teste G de Cochran <sup>48</sup>, com o objetivo de comparar as frequências percentuais das respostas do tipo Sim ou Não dadas às perguntas do questionário.
- 2- Teste do Quiquadrado ou Teste exato de Fisher <sup>48</sup>, com o objetivo de comparar mulheres ou homens alcoolistas em relação à presença de características sociodemográficas estudadas.
- 3- Teste de Mann Whitney <sup>48</sup>, com o objetivo de comparar os gêneros feminino ou masculino em relação à idade, tempo de relacionamento e tempo do início do consumo e tempo de demora para o início do tratamento.
- 4- Teste de concordância de Kendall <sup>48</sup>, com o objetivo de estudar as concordâncias entre os gêneros feminino ou masculino, em relação as ordenações de respostas relacionadas à sexualidade.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Frequência dos alcoolistas em relação aos gêneros, conforme apresentado na tabela 1.

**Tabela 1** - Frequência dos alcoolistas do CAPS AD III Campo limpo, em relação aos gêneros.

<b>Gênero</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	14	14,0
<b>Masculino</b>	89	86,0
<b>Total</b>	103	100,0

Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, observou-se que 14% são do sexo feminino e 86% do sexo masculino, visto que a quantidade de mulheres inseridas no tratamento é reduzida em comparação aos homens, essa questão envolve fatores biopsicossociais e motivacionais.

Cabe destacar que as mulheres no serviço especializado para dependência de álcool e outras drogas, culturalmente são estigmatizadas, nem sempre chegam espontaneamente. Muitas, quando procuram por tratamento, estão com os filhos em acompanhamento de outras esferas institucionais, como conselho tutelar, vara da infância e juventude ou serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, centro de defesa e cidadania da mulher, centro de referência especializado da assistência social, centro de referência da assistência social, serviço de acompanhamento familiar, e entre outros.

Em virtude dessa situação, o desejo pelo tratamento inicialmente não vem da pessoa, mas o encaminhamento pode desencadear motivos para mudança e principalmente para o resgate da autonomia, confiança, auto estima, vínculos, relacionamentos, reinserção no mercado de trabalho, estudos entre outros.

A adesão ao tratamento torna-se indispensável para efetividade da proposta terapêutica e envolve vários aspectos, dentre eles a minimização dos sinais e sintomas, a remissão do transtorno, a redução de possíveis doenças e agravos, a motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos, recaídas e reinserção social <sup>49-</sup>

51.

Ainda nessa perspectiva, estudo desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do estado do Piauí, pautou-se na

adesão ao tratamento dos 227 dependentes químicos pesquisados, desses, 56,8% (n=129) abandonaram o tratamento<sup>51</sup>. Cabe salientar que no cenário internacional 20 a 70% dos indivíduos que iniciam o tratamento psicossocial não o concluem<sup>51</sup>.

Pesquisa realizada na Espanha com 57 dependentes químicos em tratamento em uma unidade de reabilitação, desses 52,9% abandonaram o tratamento em um período de até seis meses<sup>52</sup>.

Pesquisa realizada com os profissionais de saúde que atuam na saúde mental com dependentes químicos, evidenciou que os fatores influenciáveis são marcados pelos aspectos multicausais, dentre eles os determinantes biológicos, os comportamentais, socioeconômicos e a proposta terapêutica apresentada comprometem na adesão ao tratamento<sup>53</sup>.

Os aspectos considerados importantes no tratamento da dependência alcoólica incluem a motivação e mudança de hábitos. A motivação fundamenta-se no modelo de Prochaska e DiClemente, que partem da premissa de que o dependente químico passa por diversos estágios de motivação e de prontidão para mudança do comportamento problema<sup>50</sup>.

**Tabela 2** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e cor referida.

Gênero	Raça		Total	% Branco
	Branco	Não Branco		
<b>Feminino</b>	6	8	14	42,9
<b>Masculino</b>	32	57	89	36,0
<b>Total</b>	38	65	103	36,9

*Teste do Quiquadrado -  $\chi^2 = 0,25$  ( $p = 0,6188$ ) N.S*

O público pesquisado segundo gênero, compostos por 36,9% de brancos, destes 42,9% são mulheres e 36,0% são homens. Ou seja, a população pesquisada no CAPS AD III Campo Limpo se destacou ao se autodeclarar como não brancos (63,1%).

Portanto, estudo realizado em 2015 na cidade de Maringá/Paraná apontou que os usuários do CAPS AD se autodeclararam como população branca (69%). Diante desse cenário, importante avaliar as questões referente ao perfil socio demográfico, região do País e contexto histórico da população pesquisada.

De acordo com os dados do IBGE 2012, o levantamento nacional feito em 2010, era 47,7% (91.051.647) composto por brancos; 43,1% (82.277.333) por pardos; 7,6% (14.517.961) por pretos; 1,1% (2.084.288) por amarelos; 0,4%

(817.963) por indígenas; e 0,003% (6.608) por habitantes que não declararam a cor. Ou seja, identificando-se que 50,7% da população é composta por pretos e pardos, consistindo na população não branca, evidenciando que o Brasil é um país de maioria negra <sup>54</sup>.

A promoção da atenção à saúde deve ser discutida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), para ampliação do acesso dos usuários às políticas voltadas para a população em situação de desigualdade por fatores genéticos, condicionantes de exclusão social, desigualdades étnicas e raciais <sup>55</sup>.

Constata-se que no Estado de São Paulo, pessoas internadas há mais de um ano em hospitais psiquiátricos com transtornos mentais são em maior percentual da raça negra <sup>55</sup>. Portanto, existe a dificuldade metodológica em comprovar a associação entre a exposição ao racismo e o desenvolvimento de doenças mentais <sup>56</sup>.

Embora, a experiência de racismo tem associação comprovada com sentimento de solidão entre os jovens e com sintomas de ansiedade e depressão <sup>57</sup>.

**Tabela 3** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e idade em anos.

Resultado do teste de Mann Whitney, aplicado para comparar os gêneros. (Dados individuais nas Tabelas A – números 3.1 e 3.2 do anexo das páginas 104 e 105).

	Feminino	Masculino
<b>Mediana</b>	42,5	51,0
<b>Média</b>	45,4	50,3

*Teste de Mann-Whitney  $z= 1,96$   $p= 0,0496$   $H>M$*

De acordo com os dados apresentados no II Levantamento Domiciliar Sobre Uso de Drogas realizado em 2005 no Brasil, verifica-se que na região sudeste, os dependentes de álcool se concentram em uma faixa etária inferior (entre 18 e 24 anos) comparados aos dados da unidade analisada<sup>1</sup>.

Embora o uso de álcool geralmente inicia na juventude, é na fase adulta que evidência maiores danos e prejuízos multifatoriais que impulsionam na busca por tratamento <sup>58-59</sup>.

Conforme a literatura enfatiza, as pessoas quando reconhecem que estão doentes e que precisam de tratamento especializado, na maioria das vezes os prejuízos foram instalados ao logo dos anos e os vínculos foram desfeitos, no qual, dificulta o entendimento, e o tempo para procura do tratamento torna-se distante.

Os usuários do CAPS AD III Campo Limpo, geralmente ao buscarem por tratamento, apresentam o objetivo de resgatarem e reconstruírem suas histórias,

após marcas produzidas por sofrimentos advindos com uso abusivo ao longo dos anos e dificilmente serão apagados, porém, ao longo do processo tendem a ser transformados e ressignificados, por meio do desejo, resgate dos vínculos, objetivos e projetos de vida. Portanto, nem sempre as pessoas apresentam o desejo de reaproximação e resgate da autonomia e dos vínculos, pois a substância no primeiro momento está presente e as possibilidades tornam-se invisíveis e ou distante de serem alcançadas.

**Tabela 4** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, em relação a gênero e naturalidade.

Região	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
<b>Sul</b>	0	0	3	3,4
<b>Sudeste</b>	9	64,3	45	50,6
<b>Centro Oeste</b>	0	0	1	1,1
<b>Norte</b>	0	0	0	0
<b>Nordeste</b>	5	35,7	40	44,9
<b>Total</b>	14	100	89	100

Corresponde aos dados sociodemográficos quanto a naturalidade dos alcoolistas pesquisados, 52,4% são da região Sudeste e 43,7% da região Nordeste, 29% da região Sul e 1,0% do Centro Oeste.

Predominantemente o público pesquisado tem origem nordestina, muitos migraram para periferia da região sul da cidade de São Paulo, com intuito de obterem novas oportunidades de acesso: trabalho, estudos, moradia, estabilidade financeira e relacionamentos. Esse ideário relaciona-se a ajuda financeira aos familiares, conquistas de bens materiais para quando retornarem para cidade de origem e principalmente por acreditarem que terão acesso a qualidade de vida.

Diante desses cenários muitos se frustram pelas dificuldades de inserção no mercado de trabalho, custo de vida alto, preconceitos, poucas oportunidades para migrantes e principalmente quando se trata de pessoas negras, baixa escolaridade, sexo feminino e com dependentes.

Nessas situações aumentam as possibilidades de buscarem alternativas compensatórias para lidarem com a quebra de uma idealização para a realidade presente, dessa forma muitos recorrem ao consumo de substância alcoólica com a finalidade de anestesiarem sofrimentos e dificuldades, perante a situação, tendo como consequência a anulação de sonhos e projetos, no qual muitos permanecem

na exclusão para evitarem se expor e assumirem a situação perante os familiares e amigos que permaneceram em suas cidades.

Ainda nesse cenário, pesquisa realizada no âmbito nacional com adultos com idade igual ou maior a 18 anos nos anos de 2005 a 2006, publicou resultados pertinente aos padrões no uso de bebidas alcoólicas declarados: muito frequentemente 6% ou frequentemente 19%, destes entrevistados, 29% consumiam usualmente cinco unidades ou mais equivalente a 38% entre os homens e 17% entre as mulheres<sup>60</sup>.

Considerado o consumo em quantidades abusivas de álcool foi maior nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, entre residentes de áreas urbanas, capitais e regiões metropolitanas<sup>61</sup>.

**Tabela 5** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero moradia no distrito de abrangência.

Gênero	Distrito		Total	% Dentro
	Dentro	Fora		
<b>Feminino</b>	12	2	14	86,0
<b>Masculino</b>	80	9	89	89,9
<b>Total</b>	92	11	103	89,3

*Teste exato de Fisher. p= 0,6366 N.S*

Corresponde ao distrito de moradia dos usuários atendidos no CAPS AD III Campo Limpo, sendo 86% das mulheres e 89.9% dos homens residem ou consideram-se pertencentes a área de abrangência territorial: Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade.

Importante enfatizar que o CAPS AD é um serviço de portas abertas, atende pessoas e familiares que não tenham vínculo com o território mencionado e por algum motivo optaram em seguir com o tratamento.

A aceitação da dependência e dos prejuízos advindos inclusive no âmbito familiar e social após o uso da bebida alcoólica é imprescindível para o tratamento especializado<sup>8-62</sup>.

Ainda nessa visão o CAPS aproveita a oportunidade da aceitação e a procura pelo tratamento, pois esse momento facilita a construção de vínculos, resgate de habilidades, organização quanto aos projetos e principalmente a construção de ações conjuntas e de responsabilização frente aos danos.

A política dos Centros de atenção psicossocial propõe intervenções norteadoras em prol da sociabilização e foco comunitário, fazendo com que a

pessoa utilize recursos apreendidos e desenvolvidos para aplicabilidade no dia a dia perante as situações de vulnerabilidades e riscos que podem ocasionar o uso abusivo e prejudicial, lapsos e recaídas.

**Tabela 6-** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e escolaridade.

Escolaridade	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
<b>Analfabeto</b>	7	50,0	48	53,9
<b>Fundamental incompleto</b>				
<b>Fundamental completo</b>	2	14,3	19	32,3 M>F
<b>Médio incompleto</b>				
<b>Médio Completo</b>	3	21,4	21	23,2
<b>superior incompleto</b>				
<b>Ensino superior</b>	2	14,3	1	5,3
<b>Pós graduação</b>				
<b>Total</b>	14	100	89	100

*Teste do Quiquadrado  $X^2= 7,55$  ( $p= 0,0563$ )*

A análise estatística não apontou significância referente a escolaridade, portanto, mostrou que os homens (32,3%) e as mulheres (14,3%) cursaram o ensino fundamental completo e médio incompleto, porém esse dado aponta que a população com menos estudo encontra-se mais exposta a substâncias lícitas e ilícitas, criminalidade, gestação indesejada, situações de violência, baixos salários na fase adulta e poucas oportunidades.

Cabe mencionar que uma pesquisa realizada em 2010, enfatizou a associação do uso abusivo de substância alcoólica e outras drogas a baixa escolaridade <sup>60</sup>.

Outro viés, aponta as divergências no âmbito da escolaridade e do nível socioeconômico associado ao uso abusivo ou dependência alcoólica, ou seja, a escolaridade elevada foi positivamente associada ao uso de álcool entre homens e mulheres, justificado pelo acesso financeiro e aceitação social. Portanto, cabe enfatizar que mulheres estão mais suscetíveis ao consumo de risco entre as devido a aceitação social e acesso financeiro <sup>63-64</sup>. Entretanto, houve um estudo que não foi encontrado relação com esses dados <sup>65</sup>.

**Tabela 7** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero, com ocupação ou sem ocupação.

<b>Ocupação</b>				
<b>Gênero</b>	<b>Com</b>	<b>Sem</b>	<b>Total</b>	<b>% Com</b>
<b>Feminino</b>	13	1	14	92,9
<b>Masculino</b>	50	39	89	56,2
<b>Total</b>	63	40	103	61,2

*Teste Exato de Fisher (P= 0,0081) F>M*

A tabela 7 corresponde ao nível de ocupação dos pesquisados, sendo eles, com ocupação ou sem ocupação, 61.2% da amostra se autodeclararam ocupada nos mais variados seguimentos de atuação profissional no âmbito formal e informal, importante ressaltar que os aposentados estão inclusos neste dado, sendo, 92.9% são do sexo feminino e 56.2% do sexo masculino.

A literatura enfatiza que muitas pessoas recorrem as substâncias psicoativas para suportarem as pressões adversas no ambiente de trabalho. Portanto, em algum momento da vida profissional o uso contínuo da droga torna-se prejudicial, danoso e negativo<sup>66</sup>.

Por outro lado, a pessoa autônoma ou desempregada sem nenhum tipo de ocupação apresenta maior dificuldade para manter-se vinculada ao tratamento. A instabilidade econômica ou o desemprego pode ser o desencadeador de lapsos ou recaídas<sup>67</sup>.

**Tabela 8** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e renda percapta familiar.

<b>Renda</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Zero/Bolsa Família</b>	3	21,4	12	13,5
<b>R\$ 500 a R\$ 1.000</b>	3	21,4	18	20,2
<b>R\$ 1.001 a R\$ 2.000</b>	4	28,6	21	23,6
<b>R\$ 2.001 a R\$ 5.000</b>	2	14,3	35	39,3
<b>&gt; 5.001</b>	2	14,3	3	3,4
<b>Total</b>	14	100	89	100

*Teste do Quiquadrado  $X^2 = 5,74$  ( $p=0,2197$ ) N.S*

A análise estatística não mostrou significância entre os gêneros e renda percapta dos pesquisados, porém cabe enfatizar que as mulheres se encontram

inseridas no mercado formal ou informal e independente do vínculo empregatício apresentam baixo rendimento percupto em comparação aos homens.

Estudos apontam uma relevância do alcoolismo na tentativa de enfrentamento das adversidades frente as situações de pobreza, desemprego e ausência de vínculos familiares <sup>68-69</sup>.

Vale ressaltar que os fatores mencionados acima não generalizam, estudo chileno feito com proprietários agrícolas e com trabalhadores, mostrou que 16,9% dos proprietários consumiam abusivamente bebidas alcoólicas, enquanto 14,7% dos empregados apresentavam este padrão <sup>70</sup>.

Portanto, é valido enfatizar que o ciclo de vida das crianças e adolescentes perante o nível de escolaridade exige atenção qualificada e informações precisas, pois encontram-se em processo de formação no desenvolvimento intelectual e cognitivo.

Quando estão fora do ambiente escolar a facilidade para o acesso de informações e aprendizados equivocados, podendo resultar no aumento das vulnerabilidades perante a exposição às substâncias lícitas e ilícitas, violências no âmbito doméstico e urbano, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, entre outros que resultam na dificuldade de acesso, inserção social e reprodução de comportamentos apreendidos durante a fase de formação.

Na fase adulta a pessoa se sujeita a trabalhos e salários considerados impróprios para sobrevivência, por desconhecimento do potencial para inclusão no mercado de trabalho, estudos e cursos, tendem enaltecer os obstáculos e conseqüentemente se limitam a acompanhar os demais, no que se refere ao aprendizado alegam que estão com a idade elevada para novos conhecimentos, fazendo com que se isolem e permaneçam submissos dependentes financeiramente do Estado, organizações, familiares entre outros.

**Tabela 9** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e religião.

Religião	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Católica	7	50	55	61,8
Evangélica	6	42,9	26	29,2
Espírita	1	7,1	3	3,4
Outras	0	0	5	5,6
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

*Teste do Quiquadrado*  $X^2= 2,2$  ( $p= 0,5252$ ) *N.S*

A tabela 9, corresponde a religião autodeclarada dos alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, totalizando, 60% católicos, 31% evangélicos, 4% espírita e 5% outras religiões, a análise estatística não mostrou significância para essa questão.

Portanto, cabe salientar que as pessoas buscam a religião com intuito de fortalecer a espiritualidade representada pela fé e quando exercitada permite que homens e mulheres sintam-se próximos à Deus.

A religião é o modo de que as pessoas se apresentam como frequentadoras de um espaço religioso, igreja ou centros, representados por um grupo de pessoas que estão em busca de um preenchimento interno ainda superficiais como a busca por mudança do cenário atual, representada por questões no relacionamento, dependências, problemas financeiros, saúde, e entre outros.

Concretamente tais adversidades reverberam na busca por salvação após a morte, comum entre os cristãos, outras questões referentes a felicidade, sucesso entre as respostas de questões cientificamente desconhecidas e quando atingidas são representadas por “milagres”, ou seja, resolução de situações que humanamente ou perante a ciência são consideradas como impossíveis.

Os participantes pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, relataram informalmente que a espiritualidade está associada aos momentos de dificuldades, períodos que apresentam desejo por mudança contextual tentam colocar em prática ensinamentos aprendidos ainda na infância em prol dessa mudança, muitas vezes vista como única alternativa perante os prejuízos.

Estudo semelhante, realizado com 301 indivíduos de 20 a 59 anos em relação a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, as pessoas que declararam não ter religião, mostrou nas análises estatísticas significativas por meio do teste validado e aplicação do Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT, aplicados em serviços da APS (atenção primária a saúde), evidenciou maiores prevalências nos indivíduos que afirmaram não possuírem religião, ou seja, dados veem indicando que as religiões de origem cristã pregam a abstinência alcoólica e por este motivo muitos aderem a crença para favorecimento dos objetivos<sup>71-72-73</sup>.

Outra pesquisa realizada com 600 jovens de 14 a 19 anos, por meio da aplicação do Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Alcool entre Adolescentes, verificou-se maior consumo da substância aos que se declararam não religiosos, comparado aos que informaram crença em alguma religião dentre elas os evangélicos, constatando o aumento de proteção alcoólica, ampliação de repertório aliado na participação das atividades religiosas<sup>74</sup>.

Estudo feito com 1138 estudantes da rede estadual de ensino de João Pessoa-PB, foi utilizado questionário autoaplicável contendo questões biogeográficas relacionadas ao uso do álcool e religião, verificou-se que os adolescentes que relataram nunca terem ingerido bebida alcoólica declarados religiosos ou muito religiosos, 58,2% que relataram uso de bebidas alcoólicas se declararam pouco ou nada religiosos, dados descritos confirmam a importância da religião como fator protetivo dos riscos advindos as substâncias psicoativas <sup>75</sup>.

Portanto, a prática cotidiana é comum os usuários do CAPS AD III Campo Limpo, relatam que se encontram distanciados de suas crenças por acreditarem que devido as circunstâncias referente ao uso de substâncias, atos e atitudes considerados inadequados perante as normas religiosas, fazem com que se sintam desrespeitosos e não aceitos perante o grupo religioso, muitos trazem o desejo quanto ao retorno das práticas religiosas após mudarem completamente tais atos.

Referem que acreditam em Deus e sabem que muitos apontamentos e questionamentos frente a dependência e atitudes partem das pessoas que estão inseridas no ambiente religioso, muitas vezes se consideram “puras e aceitas para Deus”, ou seja, socialmente o estigma perante os dependentes perpetua-se nas religiões.

A Bíblia Cristã elucida a importância do amor próprio e amor para com os outros, traz o conceito que tudo é lícito e nem tudo convém, delibera ao homem o livre arbítrio perante as decisões. Portanto, tais conhecimentos evidenciam que dentro das normas e preceitos nas religiões, os comportamentos preconceituosos são reproduzidos e as pessoas que não estão dentro deste padrão supostamente estabelecido se excluem do ambiente religioso e deixam de professarem a fé em Deus.

**Tabela 10** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero com e sem dependentes.

Gênero	Dependentes		Total	% Com
	Com	Sem		
Feminino	7	7	14	50,0
Masculino	29	60	89	32,6
<b>Total</b>	36	67	103	35

*Teste Exato de Fisher (P= 0,2355 N.S)*

Em relação ao público pesquisado no CAPS AD III Campo Limpo, a análise estatística não mostrou significância, entre as mulheres 50,0% e 32,6% dos homens

autodeclararam possuírem filhos dependentes, ou seja, menores de idade. Esses dados apontam a importância da responsabilidade que homens e mulheres exercem na família, independente se os filhos encontram-se ou não sob sua responsabilidade, cabe enfatizar que devido as situações que envolvem o adoecimento do dependente alcoólico, repercute diretamente na qualidade da relação entre os genitores e filhos, na maioria das vezes a relação torna-se distanciada e a confiança desmerecida, diante dos impactos e prejuízos advindos ao longo dos anos.

A literatura salienta quanto a influência pertinente ao convívio e proximidade com alcoolistas, propiciando risco de repetição do comportamento, sendo quatro vezes maior comparado aos que não possuem essa vivência<sup>76</sup>.

Pesquisas apontam que filhos de alcoolistas estão propensos aos altos níveis de agressividade, aumento das possibilidades do desenvolvimento do comportamento antissocial ou agressivo, problemas de aprendizagem/ baixo rendimento escolar, comportamento depressivo ou ansioso, dificuldades financeiras, abuso sexual e/ou físico e exposição aos conflitos dos pais<sup>77</sup>.

Neste cenário, os familiares lidam com a dor, frustração, tensão, culpa, mau humor, impotência, solidão, desconfiança, raiva, ansiedade, angústia, insegurança, isolamento emocional, desesperança e diminuição da autoestima, ocasionando distanciamento e rupturas nas relações familiares <sup>78-79</sup>.

**Tabela 11** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero classificados com outras doenças

<b>Outras Doenças</b>				
<b>Gênero</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>	<b>% Sim</b>
<b>Feminino</b>	2	12	14	14,3
<b>Masculino</b>	5	84	89	5,6
<b>Total</b>	7	96	103	6,8

*Teste exato de Fisher (P=0,2412) N.S*

Tabela 11- Corresponde as comorbidades autodeclaradas frente ao alcoolismo, 14,3% das mulheres e 5,6% dos homens relataram que em algum momento foram classificados com as seguintes patologias: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, ansiedade, hipotireoidismo, hipertensão, diabetes, polineuropatia, hepatite, cirrose, pancreatite, sífilis, obesidade e Aids. Durante o período da pesquisa, os participantes mantiveram-se em acompanhamento para as questões mencionadas acima, na atenção primária à saúde e nos serviços especializados.

O consumo do álcool está associado a uma variedade de consequências, impactos epidemiológicos que englobam as doenças crônicas e as doenças crônicas não transmissíveis, refletindo diretamente nos indicadores de morbidade e mortalidade. A dependência possibilita o aumento das práticas criminosas, violência doméstica e nas altas taxas de problemas físicos e mentais. Tais efeitos, podem ocasionar rupturas familiares e redução da produtividade no ambiente educacional e laboral <sup>80</sup>.

A saúde pública tem constatado o aumento na demanda por pessoas com transtorno alcoólico e suas implicações biopsicossociais, neste cenário há uma carência de conhecimento acadêmico no âmbito da saúde mental e na dependência de substâncias psicoativas <sup>81-82</sup>.

**Tabela 12** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e antecedentes familiares.

Gênero	Antecedentes		Total	% Sim
	Sim	Não		
<b>Feminino</b>	12	2	14	85,7
<b>Masculino</b>	62	27	89	29,7
<b>Total</b>	74	29	103	71,8

*Teste exato de Fisher (P= 0,3393) N.S*

A pesquisa enfatiza que 85,7% das mulheres e 29,7% dos homens foram influenciadas pelo ambiente. Esse dado mostra que as mulheres pesquisadas cresceram suscetíveis ao uso de bebidas, ao terem no seu histórico a antecedência familiar, ou seja, o uso abusivo ou a dependência alcoólica está associado a repetição de comportamentos aprendidos ao longo dos anos.

Culturalmente as mulheres assumem a responsabilidade perante o outro, independente da faixa etária e hierarquia familiar, muitas apresentam dificuldades para lidarem com tal situação e encontram na substância a oportunidade de minimizar tais sofrimentos e inquietudes presente na sociedade atual.

Em relação ao alcoolismo, pesquisas salientam que a predisposição genética é mais forte nos homens do que nas mulheres, 50% das vulnerabilidades levam ao abuso de álcool e aos problemas associados <sup>83-84</sup>.

Outro estudo tem apontado a influência da convivência familiar como fator causal do alcoolismo e estabelece as múltiplas causas que propiciam o alcoolismo, ou seja, fatores genéticos, individuais, sociais e culturais <sup>85</sup>.

**Tabela 13** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e a presença, ou não, do companheiro (a).

(Dados básicos da tabela A- números 13.1 e 13.2 do anexo das páginas 104 e 105)

<b>Companheiro atual</b>				
<b>Gênero</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>	<b>% Sim</b>
<b>Feminino</b>	9	5	14	64,3
<b>Masculino</b>	42	47	89	47,2
<b>Total</b>	51	52	103	49,5

*Teste do Quiquadrado  $X^2= 1,41$  ( $p= 0,3672$ ) N.S*

A análise estatística mostrou que 64,3% das mulheres e 47,2% dos homens durante a pesquisa encontravam-se com companheiro, independentemente da qualidade do relacionamento, muitos trouxeram em suas falas que as respostas dadas referentes ao questionário aplicado, representavam a primeira união e não necessariamente o relacionamento atual.

As transformações ocorridas nos últimos 50 anos frente as novas configurações familiares, apresentam-se em múltiplas modalidades e configurações, dentre elas casais que residem em casas separadas, uniões estáveis com filhos, casais legalmente casados sem filhos, as poligâmias, os poliândricos, relações abertas; uniões homoafetivas; relacionamentos poliamorosos e casais heteroafetivos casados no civil com filhos <sup>31</sup>.

A união conjugal favorece a conjugalidade e não apenas a individualidade. No casamento ambos partilham e reproduzem dinâmicas aprendidas com a família de origem, o casal precisa ter consciência que precisam se adaptar as diferenças e vivencias distintas, como os valores, as crenças e os desejos. Portanto, a convivência exigira que a relação seja permeada por constante dialogo, interação e flexibilidade para que as escolhas e decisões sejam aceitas e contempladas <sup>86-87</sup>.

Entretanto, os dados apresentados pela pesquisa feita no CAPS AD III Campo Limpo, refletem na dificuldade de comunicação, aceitação e adaptação quanto às diferenças e escolhas do outro, representados aos que se declararam sem companheiros, ainda nesse aspecto, cabe destacar que em algum momento essas pessoas estiveram em um relacionamento e por determinado motivo foi desfeito.

**Tabela 14** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero e tempo de união conjugal, em anos.

(Dados individuais na tabela A- números 14.1 e 14.2 do anexo das páginas 106 e 107).

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Mediana</b>	10,5	14,0
<b>Média</b>	11,8	16,4

*Teste Mann-Whitney Z= 1,28 (P= 0,2006) N.S*

A análise estatística mostrou que a média de tempo e anos de permanência no relacionamento são de 11,8 entre as mulheres e 16,4 entre os homens. Esse dado representa o empoderamento feminino frente as escolhas, satisfação no que se refere ao relacionamento, objetivo e decisão em manter-se ou não numa união permeada por situações não projetadas e com adversidades.

A permanência conjugal é determinada por um mecanismo regulador e mantenedor do sistema social, psicológico, dos valores morais, religiosos e das disposições afetivas e transgeracional que define o relacionamento amoroso <sup>41-88-89</sup>.

A recente transformação no cenário da conjugalidade contemporânea torna-se mais flexível, inconstante e pouco durável, pois os ideais de autonomia e de satisfação individual se sobrepõem a manutenção do espaço compartilhado pelo casal, que justifica ao aumento do rompimento conjugal em virtude da busca de alternativas para a resolução dos desencontros de interesses <sup>88</sup>.

O casamento se tornou uma fuga para driblar a solidão, valor referenciado na vida dos envolvidos, no qual requer alto grau de desejo, comprometimento afetivo entre seus pares, pois o aumento da expectativa em prol do casamento está permeado por uma crença individualizada e focalizada na felicidade livre de conflitos

<sup>90</sup>.

Importante ressaltar que na relação conjugal os objetivos construídos entre os cônjuges são permeados por diálogos, contratos e votos matrimoniais voltados para a relação do casal, de forma que traga benefícios e maturidade frente as decisões, situações de crises e conflitos <sup>91</sup>.

**Tabela 15** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero e as respostas sim ou não dos diversos itens ligados à relação conjugal.

(Dados básicos na tabela A- números 15.1 e 15.2 do anexo das páginas 108 e 109).

Principais motivos do alcoolismo entre os casados.

Fatores	Feminino N=14			Masculino N=89			F x M
	Sim	Não	% Sim	Sim	Não	% Sim	Teste exato de Fisher
Violência	8	6	57,1	31	58	34,8	$X^2=2,50$ (P=0,1924) NS
Dificuldades sócio econômicas	11	3	78,6	59	30	64,3	$X^2=0,84$ (P=0,5437) NS
Abandono	7	7	50,0	44	45	49,5	$X^2=0,00$ (P=0,8038) NS
Ciúmes	12	2	85,7	51	38	57,3	$X^2=4,11$ (P=0,0426) <b>F&gt;M</b>
Isolamento	9	5	64,3	47	42	52,8	$X^2=0,64$ (P=0,6081) NS
Traição	8	6	57,1	37	52	41,6	$X^2=1,19$ (P=0,4226) NS
Depressão	11	3	78,6	57	32	64,0	$X^2=1,14$ (P=0,4453) NS
Falta de diálogo	11	3	78,6	56	33	62,9	$X^2=1,30$ (P=0,4009) NS
Outras doenças	6	8	42,9	27	62	30,3	(P=0,3682) NS
Pensamento de morte	9	5	64,3	67	22	75,3	(P=0,5113) NS
<hr/>							
<i>N.S</i>	<i>Teste G de COCHRAN Gênero feminino</i>			<i>Gênero masculino</i>			
	<i>G=12,92 P=0,1663</i>			<i>G=79,54 P=0,0000</i>			

A relação entre o gênero feminino e masculino, das respostas sim dos diversos itens ligados à relação conjugal dos alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo limpo. A análise estatística mostrou que (85,7%) das mulheres sentem mais ciúmes do que os homens (57,3%). Houve diferença significativa entre as presenças ou motivos do consumo de álcool entre os homens.

A presença da ideação suicida ou pensamento de morte nos homens foi significativamente mais frequente do que os outros motivos, por outro lado, a presença de outras doenças referidas como hipertensão, ansiedade, cirrose, hepatite, Aids e diabetes, foi significativamente menor do que as outras questões do questionário, porém a análise estatística não mostrou significância.

Entre as mulheres pesquisadas, houve prevalência na análise estatística perante o ciúme (85,7%), sobressaiu em comparação a dificuldade sócio econômica

e falta de comunicação (78,6), isolamento (64,3%), traição (57,1%), abandono (50,0%) e outras doenças conforme mencionado no parágrafo acima (42,9%).

Os resultados acima, sugerem um olhar atento para as mulheres alcoolistas, pois o ciúme é o reflexo da autoconfiança comprometida perante os prejuízos decorrentes a dependência e ao comportamento limitado, ou seja, o sentimento de desvalia compromete a qualidade dos relacionamentos e predominantemente sentem-se invalidadas perante o outro.

O ciúme é visto socialmente como sinônimo de amor, possivelmente um dos parceiros pode possuir um grau menor ou manifestá-lo menos ou de maneira diferente da ideia esperada pelo parceiro (a) mais ciumento (a) gerando consequências negativas, na qual a outra pessoa se sinta menos amada e menos desejada <sup>92</sup>.

As pessoas ciumentas são inseguras e apresentam baixa autoestima, esse sentimento faz com que a pessoa se anule, abandone seus sonhos e projetos para agradar o outro e projeta sua felicidade no companheiro (a). Diante disso é importante que a pessoa esteja empoderada e centrada para não sacrificar as expectativas e fantasias depositadas no cônjuge a ponto de se anular <sup>91</sup>.

As limitações frente ao diálogo dos cônjuges gera o distanciamento na relação do casal e quando prejudicada dificulta a proximidade necessária, o desenvolvimento da comunicação é imprescindível para que ocorra de forma harmoniosa visando o respeito mútuo entre as decisões e escolhas <sup>34</sup>.

A falta de diálogo aumenta a possibilidade do casal vivenciar situações de violência e traição, na qual resulta na fragilidade dos vínculos impactos na sexualidade do casal <sup>34</sup>.

Pesquisas internacionais mostram que homens alcoolistas lidam negativamente com a afetividade e tendem se relacionar com mulheres dependentes de substâncias alcoólicas, porém essas mulheres têm mais chances de desenvolverem sintomas de ansiedade, depressão, elevando os sentimentos de culpa, insegurança e estresse no relacionamento <sup>93-94</sup>.

As mulheres solteiras ou sem companheiro apresentam em até oito vezes maior probabilidade de desenvolverem sinais de depressão, em compensação as mulheres que vivem com o companheiro que lhe oferece apoio social e emocional fazem com que os fatores de vulnerabilidade reduzem as possibilidades de desencadear depressão, ou seja, o relacionamento torna-se assegurado por hábitos e comportamentos saudáveis quando existe segurança e suporte emocional<sup>95-98</sup>.

Portanto, a depressão é classificada como transtorno mental e envolve fatores

orgânicos, psicológicos e ambientais. Os sintomas são: angústia, rebaixamento de humor, perda de interesse, apatia, choro persistente, sentimento de impotência, perda de prazer e energia frente à vida e ideação suicida ou pensamento de morte<sup>99</sup>.

Entretanto, a análise estatística dos homens alcoolistas pesquisados, mostrou que (75,3%) apresentam pensamento de morte indicando ser reflexo das situações adversas, como, dificuldade sócio econômica (64,3%), depressão (64,0%), falta de comunicação (62,9%), ciúme (57,3%), isolamento (52,8%), traição (41,6%), violência (34,8%) e outras doenças conforme mencionado anteriormente (75,3%).

Os homens associam o ciúme como possibilitador para falta de comunicação e isolamento no relacionamento, podendo ter sido desencadeado pela depressão e quando instalada tende gerar prejuízos no âmbito pessoal, profissional e financeiro, tais prejuízos sobrepõem na maioria das vezes o pensamento de morte ou ideação suicida.

Essa resulta nas dificuldades frente as responsabilidades quanto ao papel masculino perante a sociedade, quando o indivíduo foca nas falhas, faz com que sobressaia a falta de estratégias para lidar com as pressões presentes, possibilitando a pessoa ter uma atitude danosa e muitas vezes irreversível.

O pensamento de morte presente entre os pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo não foi prevalente durante a análise estatística, sendo que atualmente é visto como representação do sintoma social perante as adversidades, tendo como reflexo direto o sofrimento psíquico, resultando na limitação quanto às reflexões, condutas, qualidade de vida e nos relacionamentos.

Portanto, cabe salientar eu os fatores relacionais que propiciam o surgimento da depressão e nos casos mais graves a ideação suicida é capaz de levar a pessoa praticar o suicídio, estes fatores estão relacionados diretamente aos transtornos mentais, relações familiares conflituosas, gênero sexual, faixa etária de vulnerabilidade, abuso de álcool, drogas ou fármacos, doenças crônicas, situações econômica desfavorável como a pobreza e desemprego <sup>42</sup>.

Estudos apontam que o transtorno alcoólico está relacionado diretamente com a perda da crítica referente a inibição, propiciando que as pessoas se comportem de maneira impulsiva e desinibida aumentando as possibilidades de autolesão e conseqüentemente podendo desencadear para o comportamento suicida conforme predisposição, esses dados estão representados estatisticamente na políticas de saúde e engloba os índices e indicadores de mortalidade <sup>100-101-102</sup>.

O suicídio é um assunto desafiador no âmbito da saúde mental, o comportamento suicida está fortemente relacionado aos transtornos decorrentes a dependência química e alcoólica. Sendo, o risco de suicídio eleva-se em dez vezes

nos dependentes químicos<sup>103</sup>.

Pesquisa realizada com alcoolistas internados, apontou que 43% apresentavam ideação suicida, ou seja, aumentando mais de três vezes o risco de

tentativas de suicídio, esse risco tem aumento em quatro vezes nas mulheres jovens e alcoolistas<sup>104</sup>.

Importante salientar que a prevalência do comportamento suicida esteja relacionada com o alcoolismo crônico ou com consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tal questão favorece ao aumento da probabilidade em 60 a 120 vezes comparada com a população abstinentes<sup>105</sup>. Estudos realizados comprovam uma redução no comportamento suicida associado a redução ou abstinência da substância alcoólica, porém em outros países o aumento do consumo estava associado ao aumento das taxas relacionadas ao comportamento suicida <sup>103-105</sup>.

Portanto, 64,3% das mulheres pesquisadas no CAPS AD III Campo Limpo referiram que em algum momento do relacionamento apresentaram ideação suicida e tal pensamento estava associado aos prejuízos advindos com o uso abusivo das substâncias alcoólicas.

No entanto, as consequências desse problema, resulta diretamente na saúde, nos relacionamentos familiares, amorosos, financeiro, profissional e social. Entretanto, esse cenário é permeado por perdas e danos, propícios para a falta de perspectivas e ausências de motivações para mudanças e possibilidades de encontrar novas alternativas para a vida.

**Tabela 16** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero e as respostas sim ou não dos diversos itens ligados à violência conjugal.

(Dados básicos nas Tabelas A- números 16.1 e 16.2 do anexo das páginas 110 e 111). Histórico da violência conjugal.

	Feminino N=14			Masculino N=89			F x M
	Sim	Não	% Sim	Sim	Não	% Sim	
<b>Violência conjugal</b>							<b>Teste exato de Fisher</b>
<b>Discussão</b>	13	1	92,9	81	8	91,0	P=1,0000 NS
<b>Agressão física</b>	8	6	57,8	27	62	33,3	P=0,0684 NS
<b>Destruição de documentos</b>	6	8	42,9	17	72	19,1	P=0,0782 NS
<b>Quebra de objetos</b>	8	6	57,1	37	52	45,7	P=0,3858 NS
<b>Ameaças de agressão</b>	10	4	71,4	29	60	32,6	P=0,0077 F>M
<b>Sexo forçado</b>	3	11	21,4	15	74	16,9	P=0,7049 NS
<b>Ameaça de morte</b>	9	5	64,3	17	72	19,1	P=0,0010 F>M
<b>Teste G de Cochran</b>	<b>Gênero feminino</b>			<b>Gênero masculino</b>			
	G= 25,22 ( P= 0,0003)			G= 199,93 ( P= 0,0000)			

Em relação as mulheres, as ameaças ou destruição de documentos (21,4%) foi significativamente menor do que as discussões (92,9%), sendo que a análise estatística mostrou significância perante as de ameaças de agressão (71,4%) e ameaças de morte (64,3%) praticas pelas mulheres.

Em relação aos homens, a % de discussões (91,0%) foi o motivo significativamente maior do que todos os outros. Por outro lado, a ameaça de destruição de documentos e, ameaça de morte (19,1%) e sexo forçado (16,9%) foram os motivos menos frequentes.

Dados acima aponta que as mulheres apresentam comportamentos ameaçadores durante situação de conflitos e crises no relacionamento, porém são os homens que executam tais atitudes no ambiente doméstico e privado durante o relacionamento ou após o rompimento conforme os dados pertinentes ao feminicídio e violência doméstica, comumente mostrado e enfatizado pela mídia.

A Organização Mundial de Saúde evidenciou que a violência conjugal é um fenômeno social presente na sociedade, conceituada ao uso da força física ou opressora que envolve o desrespeito à integridade física, mental e moral de uma pessoa ligada ao seu agressor por meio do vínculo de matrimônio ou laço íntimo amoroso <sup>106-107</sup>.

A violência conjugal pode ocorrer em qualquer classe social, tempo de relacionamento, idade dos cônjuges, condições econômicas, descendência étnica e/ou orientação sexual e repetição do modelo parental<sup>27</sup>.

No Brasil, a Lei Maria da Penha nº 11.340/ 2006, tornou-se conhecida como violência de gênero, por proporcionar instrumentos para “coibir, prevenir e erradicar” a violência doméstica e familiar contra a mulher, garantindo sua integridade física, psíquica, sexual, moral e patrimonial <sup>107</sup>.

Estudos mostram que a existência da Lei Maria da Penha, muitas mulheres sentem-se indecisas, inseguras e desprotegidas para denunciarem o agressor, tal atitude está relacionada a crença pautada na mudança do comportamento do cônjuge, fatores econômicos e afetivos<sup>108</sup>.

Diante da dificuldade em reagir em prol da própria defesa e ao expor a violência sofrida, muitas mulheres temem pela própria segurança e pela segurança dos seus filhos, fazendo com que percam o controle e autonomia, na qual as tornam-se vulneráveis frente ao aumento das possibilidades de sofrerem outros tipos de agressões doméstica. Essas crenças e comportamentos legitimam a violência, fazendo com que a vítima aceite a causa da agressão e se culpabilize pelo descumprimento dos deveres apontados pelo agressor <sup>108-109-110</sup>.

Ainda neste aspecto, cabe uma crítica referente a leis de proteção ao homem na sociedade brasileira, pois estudos apontam que os homens são vítimas de violência e abuso durante a infância e tende reproduzir tais comportamentos na fase adulta. Entretanto, atualmente o Código Penal Brasileiro, ainda é usado em defesa do homem que perpetuou ato violento e alegou ter sido vitimizado antes do ocorrido, tal questão está sendo discutida por órgãos políticos e serviços representativos voltados para essa temática. Durante a pesquisa não foi encontrado referência metodologia de trabalhos científicos frente aos serviços destinados aos homens vitimados pela violência no relacionamento amoroso e doméstico.

Entretanto, cabe destacar que a pesquisa realizada entre as mulheres alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, a análise estatística mostrou que a discussão (92,9%) foi desencadeadora para que elas efetuassem ameaças de agressão (71,4%), ameaças de morte (64,3%), agressão física (57,8%), quebra de objetos (57,1%), ameaças e destruição de documentos (42,9%) e sexo forçado (21,4%).

Entre os gêneros, cabe salientar que o sexo forçado representado por circunstâncias envolvendo a sedução, carícias, cinuações com estímulos visuais e táteis para tornar o ambiente propício e motivador ao companheiro para favorecimento dos interesses referente ao prazer e ao sexo.

Esse comportamento quando realizado pelas as mulheres, geralmente ocorre nas situações que elas identificam que o parceiro se encontra sem interesse sexual, ou quando percebem que não estão sendo validadas e no âmbito sexual não são vistas como preferência direta do parceiro, devido a nossa cultura ser predominantemente sexista, idealizadora quanto aos padrões e estereótipos feminino.

Pois sabem que apresentam vários comprometimentos no âmbito físico e emocional, o comportamento descrito acima é o resultado da fragilidade relacional em consequência do uso e abuso da substância, resultando no comprometimento da autoconfiança feminina e atitudes de violência contra si e ao outro.

Frente aos aspectos relacionados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e associados ao desemprego, podem desencadear situações de violência, os atos violentos passam a ser injustificáveis socialmente, no qual atribuem a culpa para as causas externas, fazendo com que gere o desenvolvimento de uma crise na interação familiar, afetiva e social, possibilitando falhas na promoção da resiliência 106-111.

Pesquisa enfatiza que as mulheres com mais idade estão mais vulneráveis para serem vítimas e conseqüentemente ocorre o aumento do medo de sofrerem algum tipo de violência<sup>112</sup>. Enquanto os homens apresentam maior predisposição ao uso da violência podendo acarretar a graves conseqüências <sup>106-110- 113</sup>.

Por outro lado, quando o parceiro (a) usa a intimidação por meio do ciúme, representado pela demonstração de cuidado e amor, culturalmente está justificativa contribui para inocentar o (a) agressor (a) <sup>110</sup>.

Em relação aos homens alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, a análise estatística mostrou que a violência conjugal tem início na discussão (91,0%), ou seja nessa situação o casal se agridem verbalmente com intuito de apontar as falhas e ferir a outra pessoa, em decorrência disso, outras atitudes e

comportamentos violentos acontecem, dentre eles, a quebra de objetos (45,7%), agressão física (33,3%), ameaças de agressão (32,6%), ameaça de morte (19,1%) e sexo forçado (16,9%).

A dependência alcoólica atinge os casamentos, os tornando mais fragilizados, permeados por discussões, ameaças, violência conjugal, patrimonial e sexual, acarretando em prejuízos no cotidiano biopsicossocial dos envolvidos, elevando os sentimentos de raiva e frustração perante o relacionamento <sup>62</sup>.

Atualmente a agressão psicológica é vista naturalmente nos relacionamentos conjugais caracterizada por ações que envolvem insultos, xingamentos, ofensas e ameaças, ou destruição de objetos pessoais do cônjuge <sup>114-115</sup>. Entretanto, conforme o conflito se estabelece, mulheres e homens podem apresentar reações agressivas e/ou de vítimas, visto que as relações não são estáticas <sup>116</sup>.

Os múltiplos fatores considerados como risco para ocorrência da violência conjugal destacado como a experiência de violência na infância, tanto como, vítima direta ou testemunha de agressão entre os pais, ou seja, repetição do modelo parental violento não é um fator determinante para se repetir no relacionamento atual como fator que favorece a manutenção do relacionamento conjugal conflituoso <sup>117</sup>.

Considerando estudo mencionado acima, cabe enfatizar que a repetição do comportamento violento no ambiente doméstico está presente na população pesquisada no CAPS AD III Campo Limpo, visto que independente ou não de estarem em um relacionamento, os dependentes que na sua maioria são crianças e ou adolescentes, ou seja, trazem em suas vivências marcas internas e externas das situações de violências associadas com alcoolismo presente nos familiares ou responsáveis.

Pesquisa populacional realizada na Universidade do Texas com 1615 casais, enfatizou que os homens que vivenciaram abuso sua infância são quatro vezes mais propensos a cometerem violência conjugal na vida adulta em comparação aos homens que não vivenciaram essa situação. Portanto, esses homens tendem a repetir ações violentas na tentativa de resolução de conflitos sem considerarem a prática como inadequada <sup>118</sup>.

Os danos à integridade física envolvem: contusões, cortes, lacerações, entorses e fraturas, no entanto, a violência física quando direcionada para região facial simbolicamente é considerada como humilhação, os cônjuges que escolhem a face tendencialmente buscam deixar visível a marca da agressão. Representada por um problema de saúde pública com proporções epidêmicas, na maioria das vezes estimulada inicialmente pelo cônjuge ou namorado <sup>119-120</sup>.

Os papéis sociais e valores patriarcais atribuídos a cada sexo, impõe ao homem como dominador, forte, racional e provedor, enquanto a mulher é vista como contida, emotiva, frágil, responsável pelo trabalho doméstico e cuidados com os filhos, dessa forma culturalmente a mulher é posta em posição inferior ao homem, na qual se anula ao acatar os desejos e imposições do cônjuge <sup>107-121</sup>.

Pesquisa nacional realizada pela Fundação Perseu Abramo sobre a violência contra as mulheres e relações de gênero no espaço público e privado, estimou que entre as 2.365 mulheres de 25 Estados da Federação, 34% estavam sujeitas a violência no espaço doméstico, expressa-se que a cada 2 minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente, resultando na perda de um ano de vida consideravelmente saudável para cada 5 anos de submissão das diversas formas de agressões<sup>122</sup>.

A violência patrimonial é entendida no que se refere à destruição, subtração e retenção parcial ou total de bens materiais, documentos pessoais/ valores ou recursos econômicos. As atitudes que envolvem as múltiplas formas de violência praticadas pelo parceiro íntimo, tendo objetivo de exercer o controle e autoridade sob a relação conjugal <sup>123</sup>.

As violências por parceiros íntimos podem estar associadas ao uso de álcool e outras drogas, sendo menos frequente para os homens do que para mulheres. Em razão disso, nos casos que tangem a violência física sofrida por homens por qualquer agressor, a repetição se eleva quando comparada entre as mulheres. Portanto os homens são as maiores vítimas de agressão, em compensação as mulheres ocupam o primeiro lugar quando se trata da violência doméstica <sup>124</sup>.

A violência sexual predominantemente é menor do que a violência física ou a violência psicológica, para ambos os sexos, mas as mulheres são sempre as maiores vítimas referindo ao âmbito doméstico ou não <sup>108</sup>.

Em relação aos 89 homens alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, informaram ter praticado sexo forçado (19,1%), importante enfatizar que o sexo forçado pelas mulheres é por meio da sedução, enquanto para os homens essa violência é praticada por meio da força física e sem o consentimento da parceira, independentemente da situação. Portanto, na nossa sociedade as vítimas evitam expor tal situação por acreditarem que precisam ceder às pressões do companheiro e se irem com a questão a diante serão mal interpretadas, vistas que dificilmente conseguiriam comprovar tal ação em virtude da ocorrência ter acontecido no ambiente privado.

Estudo nacional sobre violência física e sexual feito com usuárias de serviços de saúde evidenciou a violência sexual como problema diante das situações de

sexo forçado pelo parceiro íntimo, as participantes que sofreram essa agressão foi representada por 70,0% e nos casos que o problema sofrido relaciona-se as situações de agressões físicas praticada pelo parceiro resulta em 47,0%, neste cenário elucida-se que a violação de direitos implica nas situações grave de agressão, porem na cultura brasileira violência sexual está em evidencia. Portanto, a crença da relação sexual ser privada dificulta o reconhecimento da violência <sup>108-125</sup>.

**Tabela 17** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e a presença das crenças capazes de manter a relação conjugal.

(Dados básicos na tabela A- números 17.1 e 17.2 do anexo das páginas 112 e 113).

Dependência relacional/ conjugal.

Dependência relacional	Feminino N=14			Masculino N=89			F x M Teste exato de Fisher
	Sim	Não	% Sim	Sim	Não	% Sim	
Afetividade	10	4	71,4	72	17	80,9	P=0,4764 NS
Responsabilidade na família	12	2	85,7	81	8	91,0	P=0,7189 NS
Dependência financeira	9	5	64,2	33	56	37,1	P=0,0784 NS
Possibilidade de mudança	12	2	85,7	74	15	83,1	P=0,1000 NS
<b>Teste G de COCHRAN N.S</b>							
<b>Gênero feminino</b>			<b>Gênero masculino</b>				
<b>G=2,31 (P= 0,5098)</b>			<b>G=76,91 (P=0,0000)</b>				

Referente as crenças que permeiam a dependência relacional, a análise estatística não mostrou significância entre o gênero feminino, e ou masculino dos alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo.

Porém, a análise estatística, mostrou que entre as mulheres os motivos que as mantem no relacionamento está pautado na responsabilidade que o companheiro exerce na família (85,7%), ou seja acreditam que ele é um bom pai, um bom marido quando está sem o consumo da substancia, outro ponto que sobressai é a crença quanto a possibilidade de mudança (85,7%), afetividade (71,4%) e dependência financeira (64,2%).

Em relação aos homens pesquisados a frequência dos motivadores para se manterem no relacionamento se assemelham com as frequências dadas as mulheres, as crenças são: responsabilidade que a companheira exerce na família (91,0%), possibilidade de mudança (83,1%), afetividade (80,9%) e dependência

financeira (37,1%).

Portanto, cabe salientar que a dependência financeira é menos comum entre os homens, porém os homens permanecem no relacionamento em virtude da afetividade em comparação as mulheres.

O consumo excessivo de substância alcoólica leva a pessoa a um estado de embriagues tornando-se agressiva e na maioria das vezes não se recorda dos detalhes de quando ocorreu as crises de raiva e de agressividade.

Nesse caso há situações práticas referente a dificuldade em coibir a violência, pois segundo relatos das esposas que acabam anulando o ocorrido em virtude de acreditarem que o agressor quando não está alcoolizado é uma excelente pessoa<sup>126</sup>.

Estudo realizado com 10 famílias de alcoolistas no município de Jequié - Bahia mostra que as mulheres permanecem no relacionamento abusivo para fugir da vivência tóxica tida com a família de origem, se submetem no relacionamento conjugal prejudicial em função da dependência afetiva, financeira e pela esperança que a situação em algum dia seja mudada<sup>85</sup>.

As diversas consequências do consumo de álcool na família envolvem sentimentos de negação frente aos danos causados e predominantemente sobressai desejo por mudança<sup>10-11</sup>.

Em contrapartida, a responsabilidade que o cônjuge exerce na família, ou seja, independente das circunstâncias e dos danos causados pela dependência os alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, validam e enfatizam esse valor na relação amorosa.

**Tabela 18** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo limpo, segundo o gênero e a presença das emoções e sentimentos na família.

(Dados básicos na Tabela A- número 18.1 e 18.2 do anexo das páginas 114 e 115).

Emoções e sentimentos na família.

Sentimentos na família	Feminino N=14			Masculino N=89			F x M Teste exato de Fisher
	Sim	Não	% Sim	Sim	Não	% Sim	
<b>Medo</b>	4	10	28,6	25	64	28,1	P=0,9973 NS
<b>Raiva</b>	9	5	64,3	50	39	56,2	P=0,7725 NS
<b>Impotência</b>	6	8	42,9	33	56	37,1	P=0,0784 NS
<b>Traição</b>	3	11	21,4	10	79	11,2	P=0,3789 NS
<b>Vontade de morrer</b>	2	12	14,3	4	85	4,49	P=0,1870 NS
<b>TESTE G DE COCHRAN</b>	<i>Gênero feminino</i> <b>G=9,33 (P=0,0533)</b>			<i>Gênero masculino</i> <b>G= 28,36(P=0,0000)</b>			

Diante das questões que permeiam os sentimentos ocasionados na família de origem, os alcoolistas em tratamento no CAPS AD III Campo Limpo, acreditam que seus familiares apresentam sentimentos de medo, raiva, impotência comportamental e traição, ou seja, tais decepções despertam nestes familiares o desejo de morrer.

Cabe mencionar que análise estatística não mostrou significância nas respostas dadas, porém, a frequência das respostas sim entre o gênero feminino, e ou masculino, apresentam semelhanças quanto a ordem dessas frequências.

Importante enfatizar, que o questionário se refere as emoções e sentimentos que os alcoolistas pesquisados acreditam que a família atual e de origem sentem em relação a sua dependência alcoólica.

Para as mulheres a dependência alcoólica perante a família, traz o sentimento de raiva (64,3%), impotência (42,9%), medo (28,6%), traição (21,4%) e vontade de morrer (14,3%).

Entre os homens alcoolistas, acreditam que a família sente raiva (56,2%), impotência (31,5%), medo (28,1%), traição (11,2%) e vontade de morrer (4,49%).

Entretanto, os resultados sobressaem nas respostas dadas pelas mulheres,

em comparação aos homens, pois acreditam que as famílias se sentem traídas, impotentes e conseqüentemente apresentam vontade de morrer, por não conseguirem mudar a realidade, os pesquisados apontam os sentimentos e emoções descritas são motivadas pela raiva atribuída a substância e ao consumo feito pelo familiar dependente.

Frente a essa situação, estudos evidenciam a importância da família no acompanhamento terapêutico para aprenderem a lidar com as situações complexas e difíceis que envolve a dependência psicoativa, levando esses a sofrerem uma sobrecarga para cuidar do familiar doente e constantemente essas famílias são submetidas a desgastes físicos e emocionais em curto espaço de tempo tornando-os doentes em potencial ou co-dependentes <sup>126-127-128</sup>.

A fragilidade nos vínculos afetivos e as dificuldades nas relações familiares dos dependentes exigem esforços dos envolvidos para conseguirem manter suas atividades diárias, em decorrência dos conflitos, sentimento de insegurança e incerteza frente à dependência alcoólica permeada por crises que exige em repetidas vezes a reorganização desse sistema <sup>129</sup>.

Estudo evidencia o adoecimento dos familiares do dependente alcoólico é expressado por sentimentos dolorosos, como medo, raiva, traição e desespero, estes familiares conseguem resolver seus problemas no momento em que trocam experiências, que contribuem para o crescimento pessoal e construção de novas estratégias para lidarem com o familiar alcoolista, considerando as especificidades de cada situação <sup>130</sup>.

Outro estudo realizado com esposas de alcoolistas, apontam que o cotidiano dessas mulheres é instável, o relacionamento é permeado por conflitos, ameaças, ciúmes, desqualificações e agressividade. Neste caso as mulheres são obrigadas a cuidar da casa, dos filhos e da vida profissional, o que pode torná-las vulneráveis ao estresse, muitas sentem-se culpadas por não conseguirem ajudar o companheiro no que envolve a dependência, em contrapartida o alcoolista perante a família e a sociedade perde o respeito, credibilidade, produzindo um desgaste emocional favorecendo no desenvolvimento de adoecimento dos envolvidos <sup>10</sup>.

**Tabela 19** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero e a presença dos itens ligados aos impactos identificados na vida sexual.

(Dados básicos nas tabelas números 19.1 e 19.2 do anexo das páginas 116 e 117).  
Impactos na sexualidade.

Sexualidade	Feminino N=14			Masculino N=89			F x M Teste exato de Fisher
	Sim	Não	% Sim	Sim	Não	% Sim	
<b>Perda de atração</b>	7	7	50,0	31	58	34,8	P=0,3723 NS
<b>Falta de interesse</b>	11	3	78,6	45	44	50,6	P=0,0812 NS
<b>Aumento de libido</b>	6	8	42,8	66	23	74,2	P=0,0271M>F
<b>Interesse por outra pessoa</b>	7	7	50,0	64	25	71,9	P=0,0127M>F
<b>Falta de preliminares</b>	10	4	71,4	36	53	40,4	P=0,0425F>M
<b>Teste G de COCHRAN</b>		<b>Gênero feminino</b>		<b>Gênero masculino</b>			
		<b>G= 5,53 (P=0,2372)</b>		<b>G=50,31 (P=0,0000)</b>			

Análise estatística evidenciou que no item referente a falta de interesse, a porcentagem de mulheres (78,6%) foi nitidamente maior do que a de homens (50,6%), portanto, o aumento da libido a porcentagem de homens (74,2%) e mulheres (42,8%), interesse ou atração por outras pessoas no sexo masculino (71,9%) e mulheres (50,0%) e a falta de preliminares com o companheiro (a) foi de (40,4%) nos homens e nas mulheres (71,4%), estatisticamente foram significativamente comprovados que esses itens prevalecem no sexo masculino.

**Tabela 19.1** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo os gêneros feminino ou masculino a ordenação em ordem decrescente, das frequências de respostas sim, nos itens relacionados a sexualidade.

Itens	Gênero Feminino			Gênero Masculino		
	N	%	Posto	N	%	Posto
<b>Perda de atração</b>	7	17,1	3,5	31	12,8	5
<b>Falta de interesse</b>	11	28,8	1	45	18,6	3
<b>Aumento de libido</b>	6	14,6	5	66	27,3	1
<b>Interesse por outra pessoa</b>	7	17,1	3,5	64	26,4	2
<b>Falta de preliminares</b>	10	24,4	2	36	14,9	4
<b>Total de resposta</b>	41	100,0		242	100,0	

*Teste de concordância de Kendall S= 10,50 W= 0,27 X<sup>2</sup>= 2,15*

A sexualidade inclui afetividade, carinho, prazer, amor ou sentimento mútuo de bem querer, comunicação, toques, intimidade e sexo, na maioria das vezes as sociedade interpreta a sexualidade somente com ato sexual não evidenciando aspectos extremamente importantes para o relacionamento, diante desta visão o consumo de bebidas alcoólicas é realizado para facilitar o ato sexual, tornando as relações afetivas superficiais repercutindo nos prejuízos do desenvolvimento da sexualidade <sup>131</sup>.

Atualmente a insegurança no início da vida sexual esta pautada na idealização e na performance do ato, em decorrência disso a relação deixa de resultar a construção íntima de duas pessoas que se gostam, nessa situação o consumo do álcool antes e durante a relação íntima tem a função de estimular e

facilitar o desempenho promovendo o aumento do prazer sexual, em função de diminuir a inibição, medo e crenças no que tange o sexo <sup>132</sup>.

Estudo realizado com adolescentes evidência que o álcool traz efeitos na diminuição das inibições, mas também na perda da sensibilidade física consequentemente as práticas sexuais tornam-se menos prazerosas. Os adolescentes deixam de enfrentar naturalmente a ansiedade e responsabilidade de aproximar-se do parceiro ou parceira quando se refere a decisão de praticar o sexo, assim sendo, resultante de uma experiência sexual considerada negativa e ruim, podendo resultar em gravidez não planejada, contágio por ISTs/AIDS, abandono e rejeição <sup>133</sup>.

No Brasil foi realizado uma pesquisa *online* na qual participaram 276 usuários com acesso à internet e as redes sociais e que se mantinham em um relacionamento amoroso heterossexual, sendo 23,1% dos participantes indicaram a infidelidade como uma quebra de contrato, dentre os aspectos evidenciados destaca-se as mentiras, contato físico com outra pessoa, desejo e interesse sexual por outra pessoa, manter-se em um relacionamento sem sentimento e a falta de respeito<sup>134</sup>. Portanto a infidelidade conjugal é destacada por meio da ruptura do vínculo com efeito negativo para o casamento <sup>135</sup>.

No cenário internacional, a infidelidade é caracterizada como um ato sexual e/ou emocional exercido por uma pessoa que está em um relacionamento, sendo que este ato ocorre fora da relação primária e estabelece a quebra de confiança e violação das regras de exclusividade estabelecidas pelo casal gerando segredos entre os envolvidos <sup>136</sup>.

Diante desta perspectiva as pessoas que se encontram em um relacionamento aberto também buscam uma "monogamia amorosa", que denota em regras tangíveis para o envolvimento com outras pessoas, embora o relacionamento haja com maior flexibilidade, podendo haver infidelidade na medida em que as regras não forem cumpridas ocasionando distanciamento e rompimento<sup>137</sup>.

Pesquisas mostram que os homens são mais propensos a se envolverem no relacionamento extraconjugal por apresentarem maior necessidade por novas sensações priorizado o contato físico e sexual, porém ambos os sexos entendem de maneira diferente os tipos de infidelidade, sendo as mulheres mais ciumentas no que se refere ao envolvimento emocional e afetivo dos seus parceiros independente se houve ou não contato íntimo <sup>138-140</sup>.

Inicialmente o consumo de substâncias alcoólicas em pequenas quantidades promove o aumento da ereção e do desejo sexual devido seu efeito vasodilatador, portanto, quando a substância é consumida em grandes quantidades deriva na diminuição da libido, o efeito sedativo ocasiona uma disfunção sexual transitória derivando em problemas de ereção e ejaculação, enquanto nas mulheres pode interferir na lubrificação vaginal e na capacidade de atingir o orgasmo. Entretanto, a disfunção erétil (DE) é uma manifestação sintomatológica de patologias associadas ou isoladas, ou seja, é a incapacidade de manter e obter uma ereção que permita atividade sexual consideravelmente satisfatória<sup>141-143</sup>.

A sexualidade funcional é importante por contribuir exclusivamente com 15% a 20% na revigoração e satisfação conjugal. Portanto, 50% a 75% dos casais que são comprometidos sexualmente sofrem com impactos negativos que atingem a intimidade e estabilidade, potencialmente os problemas estão relacionados aos conflitos quanto a orientação sexual ou trauma sexual. Nos relacionamentos de longa duração ocorre a diminuição da satisfação sexual após o primeiro ano de descoberta mútua, sendo mais acentuada nos homens com problemas sexuais e repercute na evitação da atividade sexual<sup>144-146</sup>.

A intimidade emocional está relacionada ao relacionamento e sexualidade saudável do casal, o interesse sexual ressoa no equilíbrio entre a intimidade e erotismo que permeia na capacidade mútua entre o compartilhamento de preferências sexuais, associada à melhora no desempenho e satisfação de ambos<sup>146-147</sup>. Entretanto, nos relacionamentos que tem o excesso de intimidade, os casais evitam falar sobre questões da sexualidade para não causar constrangimentos que possam fragilizar o vínculo<sup>147</sup>.

Culturalmente o homem evita expressar sentimentos, dificuldades, fragilidades e inseguranças, este comportamento socialmente aprendido gera angústia e ansiedade que desencadeia na falta de diálogo para o relacionamento. Entretanto, as mulheres apresentam dificuldades no entendimento quando o sexo ocorre sem preliminares e muitas vezes quando forçado dentro de um relacionamento, portanto, a quebra da conjugalidade nesta situação não é vista como violência sexual, mas diante deste entendimento a situação torna-se irrelevante e aceitável pelas mulheres<sup>148</sup>.

Pesquisa realizada com população idosa esclarece que na década de 1970, a experiência feminina diante da sexualidade passou por transformações e com

rupturas com o modelo conservador, tais diversidades influenciaram muitas mulheres a não terem parceiro fixo, outras optaram em vivenciar o sexo solitário, outras mantem um relacionamento afetivo acompanhado ou não da relação sexual, cabe salientar que as mulheres não associa a satisfação sexual ou a ausência de interesse como preditor biológico, mas prioriza qualidade do relacionamento biopsicossocial tangível para qualidade da satisfação sexual <sup>149,150</sup>.

Em relação a população pesquisada no CAPS AD III Campo Limpo, cabe enfatizar que estudos mencionados acima estão próximos aos resultados apresentados, sendo que entre as mulheres adultas, ou seja, a falta de interesse sexual (26,8%), se sobressai em comparação a falta de preliminares (24,4%), perda da atração, e interesse por outras pessoas (17,1%) em comparação ao aumento da libido (14,6%).

Em contrapartida, os homens com (média) 50,3 anos de idade em anos que foram pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, apresentam aumento da libido (27,3%), interesse por outra pessoa (26,4%), falta de interesse sexual pelo companheiro (18,6%), falta de preliminares (14,9%) e perda da atração (12,8%).

Estudos enfatizam, que contato físico não sexual é importante e valorizado por ambos os sexos, os homens dão mais ênfase quando o contato tem conotação sexual, porem, na população idosa os homens sentem-se insatisfeitas com a quantidade e frequência das preliminares por acreditarem que as caricias interferem e comprometem o prazer sexual <sup>151-152</sup>.

**Tabela 20** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e abuso do consumo de bebidas alcoólicas após o cônjuge apontar as falhas da família de origem.

<b>Abuso consumo</b>				
<b>Gênero</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>	<b>% Sim</b>
<b>Feminino</b>	7	7	14	50,0
<b>Masculino</b>	54	32	89	60,7
<b>Total</b>	61	42	103	59,2

*Teste do Quiquadrado  $X^2= 0,83$  ( $p= 0,5389$ ) N.S*

O conflito conjugal está presente quando há divergência nas opiniões, crenças, valores e comportamentos, ou seja, quando os fatores individuais e interacionais estão presentes propiciam situações que são caracterizadas como destrutivas e consideravelmente negativas para o relacionamento, aumentando a possibilidade de evoluir para diversas formas de violências, culminando em afastamentos, separações e impactos na saúde mental dos envolvidos<sup>153</sup>.

Por outro lado, os conflitos são construtivos quando os cônjuges forem empáticos, otimistas e disponíveis para ouvir a opinião do outro em relação a situação que favoreceu a divergência, a maneira que as diferenças são respeitadas, os problemas negociados e resolvidos por meio do entendimento, prevalecendo as renúncias das verdades absolutas a fim de promoverem o restabelecimento da comunicação <sup>115</sup>.

A associação entre os conflitos conjugais e as experiências negativas na família de origem e na atual, ativam as memórias frente as experiências negativas vivenciadas, portanto, estudo aponta que as mulheres casadas tendem a manterem-se próximas da família de origem e este padrão interfere fortemente na estrutura da dinâmica conjugal que é influenciada por parte desses familiares, estes conflitos deixam marcas de difícil dissolução <sup>154</sup>.

As diferenças e afinidades direcionam as emoções frente as distintas características individuais, estando ou não associadas paralelamente com o autocontrole nos relacionamentos amorosos e conjugal resultando em atitudes positivas e negativas quanto as decisões e o autocontrole nos momentos que o cônjuge questiona apontando as falhas e imperfeições da família de origem durante o conflito <sup>155 -156 -114</sup>.

As situações que envolvem a crise conjugal ocasionada pelo desequilíbrio emocional provocado pelo consumo de substância alcoólica, favorece o desentendimento e ocorrência de ações violentas sustentadas pelo comportamento autoritário valorizado por ideias de valores patriarcais e de desigualdades de gênero prevalecendo crenças socialmente interpretada como machista <sup>13-85</sup>.

**Tabela 21.** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e procura pelo tratamento por incentivo do companheiro (a).

Meses	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
<6	0	0,0	8	13,3
6 a 11	1	20,0	4	6,7
12 a 60	4	80,0	21	35,0
>61	0	0,0	27	45,0
<b>Total</b>	5	100	60	100

Teste do Quiquadrado  $X^2=6,41$  ( $P=0,00931$ ) N.S

Segundo dados acima evidenciam que os alcoolistas em tratamento no CAPS AD III Campo limpo, foram incentivados a buscarem por tratamento, 80% das mulheres informaram que a procura foi feita no período de 12 a 60 meses após o incentivo enquanto 45% dos homens declararam que a busca por intervenção profissional foi realizada após o período superior a 61 meses.

A influência do cônjuge no incentivo quanto a procura do tratamento tem forte relação com o momento do casal, pois nas situações que envolvem conflitos, apontamentos e confrontações torna-se ineficiente tal orientação, pois ambos estão motivados por questões específicas e sentimentos negativos.

Entretanto, os dados acima mostram a demora para o início do tratamento entre os gêneros, contudo, não pode invalidar a falta de informações quanto a oferta de serviços especializados no âmbito da saúde pública, privada, grupos religiosos e de ajuda mutua, tanto para o dependente e familiares.

Outro viés, pode estar associado ao comportamento confrontativo, por não aceitar as orientações ou apontamentos do parceiro (a), como forma de invalidar a percepção do outro, independente se o direcionamento terá ou não êxito.

O tratamento é uma forma de conscientização e mudança de comportamentos frente a doença, afim de reduzir os prejuízos ocasionados pela dependência e pelo que precede os determinantes à recaída evidenciado pelo processo motivacional ao início e pela continuidade no tratamento, procedendo em estágios motivacionais de pré-contemplação considerado como pouca motivação para mudança, contemplação/ ação e manutenção <sup>157</sup>.

O apoio dos familiares dentre eles do cônjuge é extremamente importante para o tratamento da dependência e para a manutenção da abstinência, vale

ressaltar que o quanto antes a família estiver inserida e próxima do tratamento aumentam as possibilidades de adesão e recuperação, ou seja a família tem o papel protetivo no que se refere ao tratamento, mas também tendem a influenciar ao uso de substâncias favorecendo no processo das recaídas e descontinuidade do tratamento<sup>158-159</sup>.

Porém, o desgaste familiar e a falta de informação relacionada ao alcoolismo, repercute na dificuldade de aceitação da dependência e adoecimento familiar, culminando em prejuízos na qualidade de vida dos envolvidos refletindo no contexto social e na demora para o início do tratamento e adesão, possibilitando a ocorrência de lapsos ou recaídas<sup>160</sup>.

**Tabela 22** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e o tipo de incentivo pela procura ao tratamento.

(Dados básicos na Tabela A- número 22 do anexo da página 118).

Incentivo ao tratamento

Incentivo	Feminino N=14			Masculino N=89			F x M Teste exato de Fisher
	Sim	Não	% Sim	Sim	Não	% Sim	
<b>Espontânea</b>	8	6	57,1	52	37	58,4	P=1,0000 NS
<b>Unidade básica de saúde</b>	3	11	21,4	14	75	15,7	P=0,6961 NS
<b>Conselho tutelar</b>	1	13	15,7	0	89	0	P=0,1359 NS
<b>Sistema judiciário</b>	0	14	0	4	85	4,5	P=1,0000 NS
<b>Hospital geral</b>	0	14	0	7	82	7,9	P=0,5894 NS
<b>Amigos</b>	9	5	64,3	56	33	62,9	P=1,0000 NS
<b>Outros</b>	0	14	0	12	77	13,5	P=0,217 NS

Em relação à procura do tratamento, os gêneros feminino e masculino não diferiram significativamente quanto aos itens estudados. Entre as mulheres a procura e direcionamento para o tratamento foi predominante por meio do incentivo de amigos (64,3%), procura espontânea (57,1%), encaminhamento feito pela unidade

básica de saúde (21,4%) e conselho tutelar (15,7%).

Em relação aos homens predominou o incentivo feito pelos amigos (62,9%), procura espontânea (58,4%), direcionamento feito pela unidade básica de saúde (15,7%), outros serviços considerados: família, trabalho, escola e entre outros (13,5%), hospital geral (7,9%) e sistema judiciário (4,5%)

Cabe enfatizar, que entre os pesquisados o motivador para procura do tratamento foi impulsionado pelos amigos, porém esse dado é de extrema importância, pois determina que os amigos têm forte influência tanto para o início do consumo e também para a busca por tratamento.

Porém, os pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, relataram que os amigos incentivadores para o tratamento não estiveram presentes no início e decorrer do consumo. Identificam os amigos motivadores para mudança de comportamento, pessoas propulsoras para recuperação da saúde e recomeço de novas possibilidades e oportunidades, esses se sensibilizaram com a questão e desmistificaram preconceitos e se propuseram a ajudar de forma acolhedora e empática.

Portanto houveram relatos que os amigos incentivadores conheciam a história de vida dos usuários desde a infância e tinham forte relação com os familiares destes, porém ao longo do processo recuaram, devido as tentativas de ajuda não serem propícias e aceitas pelo dependente, momento que as tentativas eram insatisfatórias, devido o dependente não reconhecer os danos, anular as possibilidades apresentadas e também pelo fato da substância encontrar-se no centro de suas preferências.

Essa informação foi valiosa, pois não há estudos atribuídos ao incentivo e direcionamento para o tratamento no CAPS AD, referenciado diretamente pelos amigos.

O Sistema único de Saúde- SUS garante atendimento gratuito e igualitário a todos os brasileiros, as Rede de Atenção Psicossocial- RAPS está voltada para organizar ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de apoio logístico e de gestão, visando atender pessoas nas mais variadas complexidades, dentre elas os usuários com prejuízos e sofrimento psíquico decorrente ao transtorno ocasionado pelo uso de álcool e outras drogas. Os serviços que compõem a RAPS neste caso são : Atenção Primária em Saúde (APS), Atenção Psicossocial Especializada (APE), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório- Unidades de acolhimento (UA), equipes de consultório na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, Núcleos de apoio à saúde da família (NASF), Atenção Hospitalar com foco em estratégias de desinstitucionalização e reabilitação

psicossocial entre outros conforme instituídos na Portaria MS/GM 3.088 de dezembro de 2011 <sup>161</sup>.

Os CAPSs atendem por demanda espontânea não precisam de encaminhamento dos outros serviços da rede, considerado de portas abertas, especializado e de caráter comunitário, tem o objetivo direcionado para construção coletiva do projeto terapêutico singular (PTS), no qual contempla atividades em grupos e oficinas terapêuticas, visando a redução de danos e prejuízos advindos com uso de drogas, atendimentos com equipe multidisciplinar, terapia medicamentosa quando indicada, ações voltadas para o fortalecimento do protagonismo, ampliação do repertório, reinserção e reabilitação social e familiar<sup>161</sup>.

Vale ressaltar que a rede é compreendida como existência de encaminhamentos referenciados ao acesso dos usuários aos serviços, supondo uma rede de serviços hierarquizada e organizada com a lógica de funcionamento que produz múltiplos atravessamentos e encaminhamentos desnecessários, na maioria das vezes impede a articulação e o alinhamento das ações de cuidado prejudicando o tratamento e acompanhamento conjunto<sup>162</sup>.

Ainda nesta perspectiva cabe destacar que as reuniões de apoio matricial têm o objetivo de construir nestes espaços de apoio ações que envolvem os múltiplos serviços da rede onde buscando-se enfatizar melhorias, facilidades no acesso, alinhamentos de condutas afim de reduzir a burocratização nos processos, trocas de experiências e de conhecimento com direcionamentos coletivos, humanizados e resolutivos em prol da qualidade de vida dos envolvidos<sup>162</sup>.

Os usuários do CAPS que buscam estratégias baseadas no modelo de abstinência, não são impedidos de frequentarem outros espaços como grupos de ajuda mútua como o Alcoólicos Anônimos (AA) e o Narcóticos Anônimos (NA) e grupos religiosos, esses espaços estão inseridos no projeto terapêutico singular, tornando respeitosa o desejo da pessoa frente as decisões, possibilitando que o tratamento esteja pautado na relação de confiança, vínculo e aprendizado, onde o sujeito coloca em pratica o que foi aprendido nestes grupos, é valido ressaltar que o inverso também ocorre e esses direcionamentos são realizados por meio de orientações para que seja realizado em conjunto o tratamento no CAPS conforme previsto na Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 <sup>163-80</sup>.

Além desses grupos cabe destacar que a rede de saúde atua em parceria com a rede de assistência social em prol das políticas de assistência social, sob a perspectiva intersectorial frente as ações coletivas que envolvem os determinantes sociais propícios para a dependência de substâncias psicoativas nas mais variadas complexidades <sup>164</sup>.

O acesso aos espaços comunitários beneficia os usuários e propicia adesão no tratamento ofertado pelo CAPS, corresponsabiliza a família frente a desinstitucionalização do alcoolista e quando a família é acompanhada pelo serviço ela recebe o apoio da equipe. Entretanto, este enfoque exige esforços dos profissionais que atuam no reconhecimento e validação de valores, das crenças culturais e das necessidades das ações advindas com a convivência e mudança de atitude de todos envolvidos no contexto socio familiar <sup>165</sup>.

A internação hospitalar é realizada para estabilização clínica ou psíquica dentre elas a desintoxicação, sendo importante salientar que nos casos que pessoa não tem suporte familiar e apresentam problemas clínicos graves e psíquicos a internação é avaliada como necessária<sup>166</sup>.

Os preceitos da OMS e os tratados Internacionais devem ser cumpridos, de forma que a internação seja breve, preferencialmente voluntária podendo ocorrer de forma involuntária ou compulsória, portanto, independente da forma que a pessoa foi inserida no ambiente hospitalar é importante que ela tenha seus direitos preservados e após a internação seja encaminhada para seguimento do tratamento no CAPS <sup>166</sup>.

Diante das orientações do Ministério da Saúde o dispositivo de encaminhamento mútuo de usuários do SUS, tem a função de reorganização as práticas de trabalho e integração dos sistemas e da rede por meio de articulação e apoio matricial favorecendo à promoção de ações conjuntas e articuladas em benefício da população e com aproximação entre os serviços consolidando a construção e o fortalecimento do projeto terapêutico singular com ênfase no acesso comunitário da rede <sup>167</sup>.

A noção de intersectorialidade parte de um entendimento de saúde visando as pessoas em sua totalidade, promovendo e fortalecendo ações resolutivas que necessitam de parcerias entre diversos setores, como educação, trabalho, assistência social, sistema judiciário, conselho tutelar, habitação, segurança e serviços de saúde<sup>167</sup>.

Por tratar de estratégias complexas e de políticas fragmentadas o desafio dos serviços está pautado nas articulações que visam buscar e construir intervenções que produzam impactos positivos à população diante das ações realizadas<sup>167-168</sup>.

No entanto, cabe destacar que independente do incentivo ou de como a pessoa chegou ao tratamento, para que tenha efetividade, é extremamente importante que a pessoa tenha clareza da dependência, das limitações e principalmente esteja motivada para mudar essa situação que irá determinar os resultados quanto ao tratamento.

Pois quando o tratamento é realizado, por motivação de terceiros ou por

ganhos secundários, a inefetividade dos resultados tornam-se presentes, pois a pessoa terá dificuldades para dar seguimento à proposta terapêutica, resultando na dificuldade de adesão e vinculação.

Ou seja, muitas vezes a pessoa passa a seguir as orientações quando estão no serviço de saúde, porém quando estão em outros espaços mantem os comportamentos e atitudes anteriores, ou seja, ficam expostas aos riscos e descomprometidas com o tratamento atual, representada por negação inconsciente da sua situação.

**Tabela 23** - Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e a idade do início do consumo.

Faixa etária	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
<15 anos	6	42,9	35	39,3
15 a 21 anos	6	42,9	44	49,4
22 a 26 anos	2	0,0	8	9,0
>27	0	0,0	2	2,2
<b>Total</b>	14	100	89	100

*Teste do Quiquadrado  $X^2=0,81$  (  $P=0,8471$ ) N.S*

A análise estatística em relação a idade do início do consumo em relação ao gênero feminino, e ou masculino dos alcoolistas pesquisados no CAPS AD III Campo Limpo, não apresentam significância.

A pesquisa mostra que as mulheres iniciaram o consumo de substância alcoólica com idade <15 anos e 15 a 21 anos (42,9%), e entre os 22 a 26 anos (14,3%). Enquanto os homens tiveram o início do consumo entre os 15 a 21 anos (49,4%), < 15 anos (39,3%), 22 a 26 anos (9,0%) e > 27 anos (2,2%).

O início do consumo geralmente ocorre na adolescência, nesse período dificilmente os jovens veem prejuízos advindos com a prática do consumo, estando relacionado com as crenças: (“Paro quando eu quero”, “tenho controle”, “prejuízos é para quem não sabe beber”).

Ou seja, os jovens acreditam ter o controle para o consumo, alegam que conhecem pessoas que conseguem manter uma relação aparentemente não problemática com uso de bebidas alcoólicas além de conseguirem conciliar relacionamentos, estudo, trabalho, lazer, esportes entre outras atividades.

Portanto, tais justificativas dificultam as argumentações quanto aos riscos,

pois muitas vezes a pessoa que faz a sensibilização desconhecem as formas assertivas para o diálogo com o jovem, a falta de informação neste assunto, faz com que o diálogo e o vínculo se distanciem.

Em contrapartida, os jovens se aproximam do grupo de pessoas com interesses e práticas em comum, afim de serem aceitos, muitos atribuem o consumo com a finalidade de reduzirem bloqueios quanto a baixa autoestima, dificuldades internas e externas, problemas familiares, dificuldades na escola que envolvem o aprendizado e interação social, e entre outros.

Na fase da adolescência ocorrem descobertas, transformações e desenvolvimento de diversos aspectos cognitivos, físicos, hormonais, sociais, culturais e emocionais. É um período de construção de identidade evidenciado por fatores que envolvem conflitos culturais e sociais, conseqüentemente a busca constante por novas experiências para saciar as curiosidades e sensações<sup>169</sup>.

Essas buscas repercutem em preocupações frente aos riscos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, a questão social reforça esse hábito que é aceitável no ambiente familiar e social, principalmente pelas substâncias alcoólicas por ser lícita no território nacional, porém legalmente proibida a venda e o consumo para menores de dezoito anos<sup>170</sup>.

Pesquisa realizada em 2012, investigou dois indicadores: o primeiro que pergunta se o adolescente provou bebidas alcoólicas, sendo que em 2009 havia sido utilizado a segunda pergunta que se refere se ele experimentou uma dose de bebidas alcoólicas, as respostas das frequências foram diferentes e sobressaiu que provar bebidas é mais inespecífico e pode ser interpretada com atitudes de provar o gosto das bebidas ou em fazer o consumo em pequenos goles, a variável referente a experimentação realizada por intermédio de uma dose chegou à metade dos alunos, enquanto, as meninas tiveram maior frequência de experimentação da substância alcoólica<sup>171</sup>.

Pesquisa transversal realizada em Pelotas - Santa Catarina, evidenciou resultados semelhantes ao da pesquisa conduzida pela OMS em 40 países: O Health Behavior in School Aged Children (HBSC), no sexo feminino 24,2% e 21,7% no sexo masculino, período compreendido e associado a adolescência e a maturidade rápida entre as meninas. Portanto, adultos jovens do sexo masculino tendem a beberem em quantidade abusiva, tais comportamentos devem ser monitorados por se tratar do período de formação da identidade de gênero<sup>172 - 64</sup>.

Pesquisa nacional aponta que 52% da população brasileira consumiu algum tipo de bebida alcoólica e 42% negaram terem feito o consumo, 12% dos que relataram terem feito informaram algum tipo de consequência devido ao consumo,

desses 3% fizeram consumo nocivo a saúde e 9% são dependentes e a maioria dos participantes do sexo masculino<sup>173</sup>.

Ainda pesquisa citada acima, concluído que 30 milhões de brasileiros apresentaram pelo menos um problema decorrente ao uso de álcool durante a vida. Portanto, a prevalência de consumidores com problemas tende a diminuir com a idade, passando de 53% entre os 18 e 24 anos para 35% com idade superior a 60 anos<sup>173</sup>.

Na cidade de Vitória da Conquista – Bahia foi realizada uma pesquisa com 100 adolescentes entre 16 a 18 anos, apontou que 7% responderam que o início do consumo ocorreu por volta dos 5 a 10 anos de idade, 45% entre 11 a 14 anos e 48% dos 15 aos 18 anos. Concluiu que os jovens consomem substâncias alcoólicas precocemente expondo-se aos perigos e riscos advindos com os transtornos ocasionados pelo consumo<sup>174</sup>.

**Tabela 24.** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero período em meses de tratamento.

(Dados básicos na Tabela A- número 24.1 e 24.2 do anexo das páginas 119 e120).

	Feminino	Masculino
<b>Mediana</b>	40,0	3,0
<b>Média</b>	10,6	10,5

*Teste de Mann-Whitney Z= 0,80 (p= 0,4217) N.S*

O tempo médio de tratamento apresentado pelos pesquisados está relacionado ao período de funcionamento do serviço, durante o período da aplicabilidade do questionário o CAPS AD III Campo Limpo, estava em funcionamento a aproximadamente quatro anos e quatro meses.

O tratamento para o alcoolismo envolve várias intervenções no âmbito pessoal, social, familiar e clínico, portanto, cabe salientar que a dependência alcoólica traz prejuízos, sofrimento psíquico e relacional, geralmente a procura por tratamento ocorre após anos de uso, ou seja, quando os sintomas e prejuízos estão em evidencia<sup>175</sup>.

As formas de tratamento incluem grupos terapêuticos, terapias medicamentosas entre outras intervenções, é uma doença complexa e a efetividade do tratamento se dá quando ocorrem diversas mudanças no comportamento da pessoa que incluem os hábitos e atitudes influenciados pelo estágio motivacional<sup>175-157</sup>.

Cabe ressaltar, que o fator motivador para mudança depende necessariamente do usuário e da sua disponibilidade para que ocorra, porém,

muitos se equivocam ao projetarem essa responsabilidade no serviço ou na família que estão como coadjuvantes <sup>176</sup>.

No cenário atual que envolve os alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, cabe enfatizar a importância do tratamento com as famílias, visto que o serviço oferece espaço para acolhimento e grupo para os familiares. Porém é importante viabilizar por meio de ações inter e intrasetoriais, propostas de acompanhamento das famílias nos serviços da rede.

Pois, sabemos que o CAPS atende uma área de abrangência robusta, porém, de acordo com os fatores impossibilitadores: como falta de tempo, informações, recursos para deslocamentos, motivações e credibilidade quanto a proposta terapêutica, acaba inviabilizando a chegada desses familiares aos serviços e conseqüentemente, os usuários também demoram para iniciarem o tratamento.

Outro fator importante durante o processo terapêutico no CAPS é a validação feita pela equipe ou referências frente aos resultados obtidos e enfatizados como a melhora e os benefícios adquiridos, sobrepondo a qualidade de vida, relacionamento familiar, social, aparência, nas finanças forma que está sendo administrada, retorno aos estudos e a adesão das propostas do projeto terapêutico singular fazendo com que a pessoa seja autônoma frente as escolhas e decisões<sup>177</sup>.

Quando essa validação acontece desencadeia motivação e o incentivo para permanência das conquistas adquiridas, favorecendo na busca por novas realizações e na adesão ao tratamento, Porém, é importante salientar que indefere o período que a pessoa precisa estar no tratamento, sendo que o cuidado com a saúde e estratégias para enfrentar os possíveis lapsos ou recaídas devem ser praticados constantemente <sup>177</sup>.

O tratamento para dependência de álcool e outras drogas não possui um período estabelecido para início, meio e fim, é um processo individualizado com particularidades distintas e depende de vários aspectos e fatores para que ocorra sua efetividade.

O processo terapêutico efetivo depende exclusivamente da pessoa e principalmente dos objetivos estabelecidos por ela, nesse aspecto é válido reforçar o aprendizado constante e o incentivo quanto as novas oportunidades e possibilidades de colocar em prática estratégias aprendidas para reduzir o consumo e os prejuízos advindos com os hábitos reforçados ao longo dos anos.

## 7. CONCLUSÕES

Levando-se em consideração o tamanho da amostra de acordo com o gênero feminino e masculino dos alcoolistas pesquisados, foi possível chegar à conclusão que as variáveis sociodemográficas, não diferiram significativamente quando comparados em relação às seguintes variáveis:

- Distribuição dos grupos dos grupos étnicos branco e não branco, regiões da naturalidade, moradia por distrito de abrangência, renda familiar, religião, presença de dependentes, presença de outras doenças, presença de antecedentes familiares alcoolistas, presença de companheiros, tempo de união conjugal, abuso no consumo de álcool após o cônjuge apontar falhas na família de origem, procura do tratamento por incentivo do companheiro (a), idade do início do consumo e período do tratamento.
- Alcoolismo: é mais prevalente no gênero masculino.
- No gênero feminino predomina o ciúme, ameaças de agressão e ameaças de morte, no âmbito da sexualidade há redução do interesse sexual e queixas pela falta de interesse sexual.
- No gênero masculino é potencializado a libido e atração por outras pessoas. O aumento da ideação suicida, depressão, falta de comunicação e dificuldades socioeconômicas estimulam as situações de violência iniciada pela discussão no gênero masculino.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto, ao contrário, finalizá-lo é dar abertura para que novas pesquisas tragam contribuição científica e novas reflexões frente ao relacionamento amoroso dos alcoolistas heterossexuais.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade AG, Duarte PC, Oliveira LG. Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas -GREA/IPQ-HC/FMUS. Brasília: SENAD, 2010; 284.
2. Babu B, Kar S. Domestic Violence against Women in Eastern India: a Population-based Study on Prevalence and related Issues. BMC Public Health. 2009; 9(129): 1-15.
3. Cunha R, Roza M, Matta M, Stockler M, Alegre M, Santos S. O autor de violência incluído no atendimento de terapia de família: desconstruindo papéis, reconstruindo mundos. Nova Perspectiva Sistêmica. 2011; 20(41): 119-126.
4. Tondowski C, Feijó M, Silva E, Gebara C, Sanchez Z, Noto A. Padrões Intergeracionais de Violência Familiar Associada ao Abuso de Bebidas Alcoólicas: Um Estudo Baseado em Genogramas. Psicologia Reflexão e Crítica. 2014; 27(4): 599-607.
5. Gebara C, Feijó M, Noto A, Amato T. Vulnerabilidades, violência entre casais e dependência de álcool. Psicologia em Estudo. 2016; 21(4): 581-592.
6. Cerveny C. A família como modelo. 2ª ed. São Paulo; 2011.
7. Bustreo F, Piot P, Karim SA, Chestnov O. World Health Organization Global and regional estimates of violence against women – prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva. 2013; 51.
8. Monteiro CFS, Dourado GOL, Graça CAG, Júnior Freire AKN. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Escola Anna Nery. 2011; 15(3): 567-572.
9. Malbergier A, Cardoso LRD, Amaral RA. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. Cadernos de Saúde Pública. 2012; 28(4): 678-688.
10. Goto JB, Couto PFM, Bastos JL. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(3): 445-459.
11. Barbosa FV, Campos W, Lopes AS. Prevalence of alcohol and tobacco use

among Brazilian adolescents: a systematic review. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(5): 901-17.

**12.** Silva SSC, Lima LC, Pontes FAR, Bucher-Malusche JSNF, Santos TM. Qualidade conjugal: estudo de caso de ribeirinhos na Amazônia. *Revista Interinstitucional de Psicologia* 2011; 4(1): 50-59.

**13.** Filzola CLA, Tagliaferro P, Andrade AS, Pavarini SCI, Ferreira NMLA. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009; 58(3): 181-186.

**14.** Silveira OS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*. 2011; 16(2): 131-138.

**15.** Barbosa AC, Barreiro D, Santos EM, Veneziani IR, Liberato EM. Uso excessivo de álcool: patologia e suas influências na família e na sociedade. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba; 2011.

**16.** Pimenta JA. Negar é no fundo querer recalcar: notas a partir da leitura do texto *Die Verneinung*. *Revista Estudos Lacanianos*. 2010; 3(4).

**17.** Villard P. Ivresses dans l' Antiquite Classique. *Revue historie, Économie et Société*. França: nº4. pp.443-459; 1998.

**18.** Acserlrad G, et al. Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: estudo com base em fontes secundárias. Rio de Janeiro: Brasil. pp.162; 2012.

**19.** Cardoso MG. Produção de aguardente de cana. 3ªed. Lavras. pp.340; 2013.

**20.** Vieira NCH. Escravidão, ontem e hoje: aspectos jurídicos e econômicos. Brasília: ISBN, 2010.

**21.** Viotti ACC. As práticas e os saberes médicos no Brasil Colonial (1677 – 1808). [Dissertação]. Franca – SP: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2012.

**22.** Ferreira JLM. Cachaça, o espírito mineiro. Edição do Autor; 2013.

**23.** Cavalcante MSA verdadeira história da cachaça. Sá Editora; 2011.

**24.** Caetano AFP. Os Sás em maus lençóis ... A Revolta da Cachaça e a Revolta de Beckham nas disputas político-econômica da América Portuguesa (Rio de Janeiro e Estado do Maranhão e Grão Para século XVII Encontro Internacional de História

Colonial. Natal; 2008.

**25.** Ribeiro SJ. Da educação rural à educação do campo: um enfoque sobre as classes multisseriadas. IV Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade. Laranjeiras; 2010.

**26.** Labbe AK, Maisto SA. Alcohol expectancy challenges for college students: a narrative review. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31: 673-83.

**27.** Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. *Rev. Saúde Pública* 2011;45(3):441-7.

**28.** Loke AY, Mak Y. Family Process and Peer Influences on Substance Use by Adolescents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health.* 2013; 10(9): 3868-3885.

**29.** Zordan EP. A separação conjugal na contemporaneidade: motivos circunstâncias e contextos. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.

**30.** Féres-Carneiro TN, Diniz O. Construção e dissolução da conjugalidade. *Paidéia.* 2010; 20(46): 269-278.

**31.** Najar SL, Silveira T. A conjugalidade na contemporaneidade. *Rev Psico teoria e prática.* 2013; 15(2): 33-45.

**32.** Lima GQ. História de vida e escolha conjugal em mulheres que sofrem de violência doméstica [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.

**33.** Coelho MVM. Terapia familiar e a conjugalidade: desafios do psicólogo na atualidade. Igaraçu do Tietê - ed. JCA; 2013.

**34.** Amorim AN, Stengel M. Relações customizadas e o ideário de amor na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia.* 2014; 19(3): 157-238.

**35.** Borges CC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T. Liberdade e desejo de constituir família: percepções de jovens adultos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2014; 66(3): 89-103.

**36.** Goldenberg M. O corpo como capital: gênero, casamento e envelhecimento na cultura brasileira. *Redige.* 2010; 1(1): 191-200.

37. Pergher NK. Variáveis que devem ser consideradas na avaliação da qualidade do relacionamento conjugal. *Perspectivas em análise do comportamento*. 2010; 1(2): 116-129.
38. Schoebi D, Karney BR, Bradbury TN. Stability and change in the first 10 years of marriage: Does commitment confer benefits beyond the effects of satisfaction? *Journal of Personality and Social Psychology*. 2012; 102(4): 729-742.
39. Landis M, Peter-Wight M, Martin M, Bodenmann G. Dyadic coping and marital satisfaction of older spouses in long-term marriage. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2013; 26(1): 39-47.
40. Scorsolini-Comin F, Santos MA. Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Rev Psico teoria e pesquisa*. 2010; 26(3): 525-531.
41. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2011.
42. Berenzon S, Rebeca R, Geoffrey MR, Medina-Mora MH. Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011; 33(1): 109-116.
43. WHO. Action needed to reduce health impact of harmful alcohol use. 2011.
44. Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev. Gaúcha* 2013; 34(1).
45. Martin EM, Farias Junior G. O alcoolismo e suas consequências na estrutura familiar. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2012; 1(2).
46. Barbosa AC, Barreiro D, Santos, EM, Veneziani IR, Liberato, E. M. Uso excessivo de álcool: patologia e suas influências na família e na sociedade. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba. 2011.
47. Pimenta JA, (2010). Negar é no fundo querer recalcar: notas a partir da leitura do texto *Die Verneinung*. *Revista Estudos Lacanianos*. 2010; 3(4).
48. Siegel S, Castellan NJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2006.

- 49.** Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2ª edição. São Paulo: Roca; 2010.
- 50.** Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS ad do Piauí. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(1): 90-5.
- 51.** Casares-López JM, González-Menéndez A, Festinger DS, Fernández-García P, Fernández-Hermida JR, Secades R, *et al.* Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. Int J Law Psychiatr. 2013; 36(3): 264-72.
- 52.** Oliveira MS, Szupszynski KPDR, Diclemente C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Psico (Porto Alegre). 2010; 41(1): 40-6.
- 53.** IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Tabela 262, população residente, por cor ou raça, situação e sexo; 2014.
- 54.** Barros S, *et al.* Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde e Sociedade. 2014; 23(4): 1235- 1247.
- 55.** Kwate NO, Goodman MS. Cross-sectional and longitudinal effects of racism on mental health among residents of black neighborhoods in New York City. Am J Public Health. 2015; 105(4): 711-8.
- 56.** Priest N, *et al.* Experiences of racism, racial/ ethnic attitudes, motivated fairness and mental health outcomes among primary and secondary school students. Journal of youth and adolescence. 2014; 43(10): 1672-1687.
- 57.** Faria JG, Schneider DR. (2009). O perfil dos usuários do CAPS ad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. Psicologia e Saúde. 2009; 21(3): 324-333.
- 58.** Rodrigues LS, Sena EL, Silva DM, Carvalho PA, Amorin CR. Perfil dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas. Revista de Enfermagem da UFPE. 2013; 7(8): 5191-5197.
- 59.** Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32(3): 231-41.
- 60.** Caetano R, Madrugá C, Pinsky I, Laranjeira R. Drinking patterns and associated problems in Brazil. Adicciones. 2013; 25(4): 287-93.

- 61.** Santos AM, Silva MRS, Silva PA. (2012). O cotidiano dos filhos que convivem com a mãe alcoolista. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 11(4): 697-703.
- 62.** Silveira CM, Siu ER, Anthony JC, Saito LP, de Andrade AG, Kutschenko A, et al. Drinking patterns and alcohol use disorders in São Paulo, Brazil: the role of neighborhood social deprivation and socioeconomic status. *PLoS One*. 2014; 9(10):108-355.
- 63.** Machado EL, Lana FCF, Felisbino-Mendes MS, Malta DC. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7): 1449-59.
- 64.** Moura EC, Malta DC. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1): 61-70.
- 65.** Lima MEA. (2010). Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010; 35(122): 260-268.
- 66.** Ribeiro MS, Ribeiro LC, Garcia MA, Souza GF, Sousa KDC, Nogueira RB. Fatores associados a adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(3): 203-11.
- 67.** Abreu AMM, et al. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25(2): 291–295.
- 68.** Ferreira LN, et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(11): 3409-3418.
- 69.** Ansoleaga E, Castillo-Carniglia A. Associations between social vulnerability, employment conditions and hazardous alcohol consumption in Chile. *Drug Alcohol Rev* 2013; 32(3): 254-261.
- 70.** Amato TC, Silveira OS, Oliveira JS, Ronzani TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da Atenção Primária à Saúde. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2008; 4(2): 4.
- 71.** Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Publica*. 2009; 25(8): 1711-20.
- 72.** Jomar RT, de Oliveira Fonseca VA, Abreu AMM, Griep RH. Perfil do consumo de

álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária a Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015; 64(1): 55-62.

**73.** Amaral ACG, Saldanha AAW. Parâmetros psicométricos do Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do álcool para adolescentes. *Psico USF*. 2009; 14(2): 167-176.

**74.** Freitas ES, Ribeiro KCS, Saldanha AAW. O uso de a álcool por adolescentes: Uma comparação o por gênero. *Psicologia Argumento*. 2012; 30(69): 287- 295.

**75.** Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftun MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(3): 585-90.

**76.** Souza J, Carvalho AMP. Repercussões do ambiente familiar alcoolista para o desenvolvimento da criança: relato de caso. *Pediatr Mod*. 2010; 46(3): 114-9.

**77.** Son JY, Choi YJ. The effect of an anger management program for Family members of patients with alcohol use disorders. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010; 24(1): 38–45.

**78.** Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6): 1028-34.

**79.** Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas [Internet] Brasília; 2009.

**80.** Vargas D, Duarte FAB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(1): 119-26.

**81.** Soares J, Vargas D, Formigoni MLOS. Knowledge and attitudes of nurses towards alcohol and related problems: the impact of an educational intervention. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5): 1172-9.

**82.** Schuckit MA. An overview of genetic influences in alcoholism. *J Subst Abuse Treat*. 2009; 36(1): 5-14.

**83.** Bierut LJ. Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence. *Neuron*. 2011; 69(4): 618-27.

**84.** Sena ELS, Boery RNSO, Carvalho PAL, Reis HFT, Marques AMN. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. *Texto & Contexto Enferm*. 2011; 20(2):

310-8.

- 85.** Cundiff JM, Smith TW, Frandsen CA. Incremental validity of spouse ratings versus self-reports of personality as predictors of marital quality and behavior during marital conflict. *Psychological Assessment*. 2012; 24(3): 676-684.
- 86.** Madhyastha TM, Hamaker EL, Gottman JM. Investigating spousal influence using moment-to-moment affect data from marital conflict. *Journal of Family Psychology*. 2011; 25(2): 292-300.
- 87.** Scorsolini-Comin F, Santos MA. Correlations between subjective well-being, dyadic adjustment and marital satisfaction in Brazilian married people. *The Spanish Journal of Psychology*. 2012; 15(1): 166-176.
- 88.** Zordan EP, Falcke D, Wagner A. Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. *Psicologia em Revista*. 2009; 15(2): 56-76.
- 89.** Coelho MVM. Terapia familiar e a conjugalidade: desafios do psicólogo na atualidade. Igarapé do Tietê - ed. JCA; 2013.
- 90.** Búrigo MVA. Terapia de casal: Uma visão Sistêmica. Florianópolis; 2010.
- 91.** Almeida T, Vanni G. Amor, ciúme e infidelidade - Como estas questões afetam sua vida. 1. ed. São Paulo: Letras do Brasil; 2013.
- 92.** Buu A, Wang W, Wang J, Puttler LI, Fitzgerald HE, Zucker RA. Changes in women's alcoholic, antisocial, and depressive symptomatology over 12 years: a multilevel network of individual, familial, and neighborhood influences. *Dev Psychopathol*. 2011; 23(1): 325-337.
- 93.** Keller PS, Gilbert LR, Koss KJ, Cummings EM, Davies PT. Parental problem drinking, marital aggression, and child emotional insecurity: A longitudinal investigation. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011; 72: 711-722.
- 94.** Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2012; 39(6): 194-7.
- 95.** Rancans E, Vrublevska J, Snikere S, Koroleva I, Trapencieris M. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *J Affect Disord*. 2014; 156: 104-10.

- 96.** Máximo GC. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- 97.** Monteiro IS. O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto [tese]. Porto: Universidade do Minho; 2010.
- 98.** Barbosa FO, Macedo PC, Silveira RMC. Depressão e Suicídio. Rev. SBPH, Rio de Janeiro. 2011; 14(1).
- 99.** Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. Alcohol Alcohol. 2006; 41(5): 473-8.
- 100.** Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol. 2012; 47(5): 571-6.
- 101.** Jones AW, Holmgren A, Ahlner J. Toxicology findings in suicides: Concentrations of ethanol and other drugs in femoral blood in victims of hanging and poisoning in relation to age and gender of the deceased. J Forensic Leg Med. 2013; 20(7): 842-7.
- 102.** Fudalej S, Ilgen M, Fudalej M, Wojnar M, Matsumoto H, Barry KL, Ploski R, Blow FC. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample. Alcohol Alcohol. 2009; 44(5): 437-42.
- 103.** Sundin M, Spak F, Spak L, Sundh V, Waern M. Substance use/abuse and suicidal behavior in young adult women: A population-based study. Subst Use Misuse. 2011; 46(13): 1690-9.
- 104.** Zerbini T, Ponce JC, Sinagawa DM, Cintra RB, Muñoz DR, Leyton V. Blood alcohol levels in suicide by hanging cases in the state of São Paulo, Brazil. J Forensic Leg Med. 2012; 19(5): 294-6.
- 105.** Warburton W, Anderson C. (2015). On the clinical applications of the general aggression model to understanding domestic violence. Rowman & Littlefield Publishers. 2015; 1(56).
- 106.** Cunha SC, Pinto RB. Violência doméstica. Lei Maria da Penha comentada artigo por artigo. São Paulo: Revista dos tribunais. 2014.
- 107.** Schraiber L, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Cienc. Saúde Coletiva. 2009; 14(4): 1019-27.

**108.** Santos AC, Santos MLM, Nascimento DDG. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. *Saúde em Redes*. 2015; 1(2): 21-30.

**109.** Félix DSS. Crenças de legitimação da violência de gênero e efeitos de campanhas de prevenção: um estudo exploratório [Dissertação]. Portugal, Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.

**110.** Prato LE, Couto MCPP, Koller SH. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. 2009; 25(3): 403-408.

**111.** Pimentel CE, Gunther H, Black PUV. Acessando o medo do crime: um survey por meio da internet. *Psicologia Argumento*. 2012; 30(69): 411-421.

**112.** Waiselfisz JJ. (2015). Mapa da Violência 2015. Homicídios de Mulheres no Brasil. Brasília: Flacso Brasil.

**113.** Bolze SDA, Schmidt B, Crepaldi MA, Vieira ML. Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. *Atualidades em Psicologia*. 2013; 27(114): 71-85.

**114.** Mosmann C, Falcke D. Conflitos conjugais: Motivos e frequência. *Revista da SPAGESP*. 2011; 12(2): 5-16.

**115.** Chan LK. Gender symmetry in the self-reporting of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*. 2012; 27(2): 263-286.

**116.** Marasca AR, Colossi PM, Falcke D. Violência conjugal e família de origem: uma revisão sistemática da literatura de 2006 a 2011. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(1): 221-243.

**117.** Rosa LW, Falcke D. Violência conjugal: compreendendo o fenômeno. *Revista da SPAGESP*. 2014; 15(1): 17-32.

**118.** Dourado SM, Noronha CV. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. 2014; 24(2): 623-43.

**119.** Brasil. Um terço das mulheres sofre violência doméstica no mundo. OMS. Disponível em: [HTTP://ultimosegundo.ig.com.br/mundo/2013-06-20/um-treco-das-mulheres-sofre-violenciadomestica-no-mundo-diz-oms.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/mundo/2013-06-20/um-treco-das-mulheres-sofre-violenciadomestica-no-mundo-diz-oms.html). Acesso em 14 de junho de 2019.

- 120.** Vassal MGP. Conceptual approach: gender, law, violence against women and human rights. Rio de Janeiro: EMERJ; 2013.
- 121.** Netto, L. A. et al. Violência contra a mulher e suas consequências. Rev. Acta Paul Enfermagem. 2014; 27(5): 58 – 64.
- 122.** Organização Mundial de Saúde. Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde: p. 11-17; 2012.
- 123.** Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Rev. Bras. Epidemiol. 2012; 15(4): 790-803.
- 124.** Mathias AK, Bedone A, Osis MJ, Fernandes AM. Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 121:214-7.
- 125.** Santos ECV, Martin D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. Rev. bras. enferm. 2009; 62(2).
- 126.** Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(2).
- 127.** Abordagem clínica da dependência de drogas, álcool, nicotina: manual para profissionais de saúde mental/ Editor André Malbergier. -1. ed.-Barueri [SP]: Manoele, 2018 p. 224-247.
- 128.** Soccol KLS. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas [trabalho de conclusão de curso]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
- 129.** Gonçalves, J.R.L.; Galera, S.A.F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. Revista Latino-Am. Enfermagem. v.18, n. especial, p. 543-549, 2010.
- 130.** Figueiró MND. Educação Sexual: como ensinar no espaço da escola. In: Figueiró MND, organizadora. Educação sexual: múltiplos temas, compromisso comum. Londrina: UEL. p.141-172; 2009.
- 131.** Scivoletto S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. São Paulo: Editora Fap-Unifesp; 2011.

**132.** Vieira DL, Diehl A. Sexualidade, uso, abuso, e dependência de substâncias psicoativas. Porto Alegre: Artmed; 2011.

**133.** Haack KR, Falcke D. Infidelidade em relacionamentos amorosos mediados e não mediados pela Internet. *Psicologia em Revista*. 2013; 19(2): 305-327.

**134.** Zordan EP, Strey M. Separação conjugal: Aspectos implicados nessa decisão, reverberação e projetos futuros. *Pensando Famílias*. 2011; 15: 71-88.

**135.** Moller N, Vossler A. (2015). Defining infidelity in research and couple counseling: A qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015; 41(5): 487-497.

**136.** Goldenberg M. Swing, o adultério consentido. *Revista de Estudos Feministas*. 2010; 18(3): 789-810.

**137.** Lalasz CB, Weigel DJ. Understanding the relationship between gender and extradyadic relations: The mediating role of sensation seeking on intentions to engage in sexual infidelity. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50(7): 1079-1083.

**138.** Guadagno RE, Sagarin BJ. (2010). Sex Differences in Jealousy: An evolutionary perspective on online infidelity. *Journal of Applied Social Psychology*. 2010; 40(10): 2636-2655.

**139.** Thornton V, Nagurney A. What is infidelity? Perceptions based on biological sex and personality. *Psychology Research and Behavior Management*. 2011; 4: 51-58.

**140.** Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Campbell MF, et al. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier. 2012; 1: 688-720.

**141.** Riedner CE. Avaliação do efeito da obesidade na associação entre doença cardíaca isquêmica e disfunção erétil [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS); 2010.

**142.** Burnett AL. Evaluation and management of erectile dysfunction. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012.

**143.** Schmiedeberg C, Schröder J. Does Sexual Satisfaction Change With Relationship Duration? *Arch Sex Behav*. 2016;45(1):99-107.

- 144.** Rosen RC, Heiman JR, Long JS, Fisher WA, Sand MS. Men with Sexual Problems and Their Partners: Findings from the International Survey of Relationships. *Arch Sex Behav.* 2016; 45(1): 159-73.
- 145.** Fisher WA, Donahue KL, Long JS et al. Individual and Partner Correlates of Sexual Satisfaction and Relationship Happiness in Midlife Couples: Dyadic Analysis of the International Survey of Relationships. *Arch Sex Behav.* 2015; 44(6): 1609-20.
- 146.** Burri A Radwan S, Bodenmann G. The Role of Partner-Related Fascination in the Association Between Sexual Functioning and Relationship Satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2015; 41(6): 672-9.
- 147.** Rehman US, Rellini AH, Fallis E. The importance of sexual selfdisclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *J Sex Med.* 2011; 8(11): 3108-15.
- 148.** Vieira LB, et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Rev Bras de Enfermagem.* 2014; 67(3): 66-72.
- 149.** Maciel M, Laganà L. Older women's sexual desire problems: biopsychosocial factors impacting them and barriers to their clinical assessment. *Biomed Res Int.* 2014; 107217.
- 150.** Schick V, Herbenick D, Reece M, et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults. *J Sex Med.* 2010; 7(5): 315-29.
- 151.** Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ.* 2010; 340810.
- 152.** Galinsky AM, McClintock MK, Waite LJ. Sexuality and physical contact in National Social Life, Health, and Aging Project Wave 2. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2014;69 Suppl 2:S83-98.
- 153.** Bertoni A, Bodenmann, G. Satisfied and dissatisfied couples: Positive and negative dimensions, conflict styles, and relationships with family of origin. *European Psychologist.* 2010; 15: 175-184.
- 154.** Curran M, Ogolsky B, Hazen N, Bosch L. Understanding marital conflict 7 years later from prenatal representations of marriage. *Family Process.* 2011; 50: 221-234.
- 155.** Iveniuk J, Waite LJ, Laumann E, McClintock MK, Tiedt AD. Marital conflict in older couples: Positivity, personality, and health. *Journal of Marriage and Family.* 2014; 76: 130-144.

- 156.** Prazo CG, Aguiar AC. Sentidos da violência conjugal: Análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22: 253-273.
- 157.** Ferreira ACZ, Czarnobay J, Borba LO, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Rev Eletr Enf*. 2016.
- 158.** Nascimento LTR, de Souza J, Gaino LV. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. *Texto contexto- enferm*. 2015; 24(3)
- 159.** Shelegim, Maycon Rogerio et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Ver. Latino- Am. Enfermagem*. 2011; 9(5).
- 160.** Al-Omari H, Hamed R, Tariah HA. The role of religion in the recovery from alcohol and substance abuse among Jordanian adults. *J Relig Health*. 2014; 1 (1): 1-10.
- 161.** Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- 162.** Luzio CA. Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental no Brasil [Tese]. Assis: Universidade Estadual Paulista, Assis; 2010.
- 163.** Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília; 2013.
- 164.** Brasil. Tribunal de Contas da União. Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas. Brasília: TCU; 2012.
- 165.** Camatta MW, Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev. esc. enferm*. 2009; 43 (2): 393-400.
- 166.** World Health Organization. 66th World Health Assembly: Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 167.** Serra CG, Rodrigues PHDA. Avaliação da referência e contra referência no programa de saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3): 3579-3586.

- 168.** Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 169.** Lepre RM, Martins RA. Adolescente e a construção da identidade. Paidéia. 2008;19.
- 170.** Barbosa FV, Campos W, Lopes AS. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. Rev Saúde Pública 2012; 46(5): 901-17.
- 171.** World Health Organization. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- 172.** Schulte MT, Ramo D, Brown SA. Gender Differences in Factors Influencing Alcohol Use and Drinking Progression Among Adolescents. Clin Psychol Rev 2009; 29(6): 535-47.
- 173.** Andrade AG, Oliveira LG. Principais consequências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool. Barueri (SP): Minha Editora; 2009
- 174.** Anjos KF, et. Al. Perfil do Consumo de Bebidas Alcoólicas por Adolescentes Escolares. Rev. Saúde. Com 2012; 8 (2): 20-31.
- 175.** Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora; 2009.
- 176.** Batista FN. Drogas: porque as pessoas usam? É possível prevenir? Florianópolis: Insular; 2009.
- 177.** Wasthon AM. Prática Psicoterapêutica eficaz dos problemas com álcool e drogas. Tradução Monica Armado. Porto Alegre: Artmed; 2009.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A

#### Instrumento de Coleta de Dados

#### 1. Dados sócio demográficos:

- 1) Identificação: \_\_\_\_\_
- 2) Gênero:  Feminino       Masculino       Outro
- 3) Raça:  Preta       Branca       Parda       Amarela       Indígena
- 4) Idade: \_\_\_\_\_
- 5) Naturalidade: \_\_\_\_\_
- 6) Local da Residência: \_\_\_\_\_
- 7) Escolaridade:
- Analfabeto  Ensino fundamental completo  Ensino fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo  Ensino Médio Incompleto  Superior Completo
- Superior Incompleto  Pós-Graduação
- 8) Ocupação: \_\_\_\_\_
- 9) Renda Percapta Familiar R\$: \_\_\_\_\_
- 10) Religião: \_\_\_\_\_
- 11) Dependentes:                       Sim                                       Não
- 12) Uso de outras drogas: CID: \_\_\_\_\_
- 13) Antecedentes familiares:  sim                                       não
- Se sim quem: \_\_\_\_\_
- 14- Estado Civil:  casado (a)                       separado (a)
- Tempo de casamento: \_\_\_\_\_

#### 2. Quais os principais *motivos e consequências* do alcoolismo entre casais separados e casais que moram juntos.

1-Violência	( ) Sim	( ) não
2-Dificuldade Socioeconômica	( ) sim	( ) não
3-Abandono	( ) sim	( ) não
4-Ciúmes	( ) sim	( ) não
5-Isolamento	( ) sim	( ) não
6-Traição	( ) sim	( ) não
7-Depressão	( ) sim	( ) não
8-Falta de Comunicação/ Dialogo	( ) sim	( ) não
9-Outras doenças	( ) sim	( ) não
10- Ideação Suicida/Pensamento de morte	( ) sim	( ) não

**3- Histórico da violência conjugal.**



**8-** Em algum momento o cônjuge te incentivou a buscar tratamento?

( ) sim

( ) não

( ) Se sim, você procurou o tratamento após quanto tempo: \_\_\_\_\_

**9-** Quando você procurou o tratamento no CAPS, foi incentivado por alguém?

1-De forma espontânea ( ) sim ( ) não

2-Unidade Básica de Saúde ( ) sim ( ) não

3-Conselho Tutelar ( )sim ( ) não

4-Sistema Judiciário ( ) sim ( ) não

5-Hospital Geral ( ) sim ( ) não

6-Amigos ( ) sim ( ) não

7-Outros: \_\_\_\_\_

**10-** Com quantos anos que iniciou o consumo de bebidas alcoólica?

R: \_\_\_\_\_

**11-** Qual o período de tratamento no CAPS AD III Campo Limpo?

R: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V.Sa. a participar da Pesquisa: **Alcoolismo: Repercussão e impacto no casamento**, sob responsabilidade do pesquisador(a) responsável Karina da Silva Paes, tendo por objetivo geral: Identificar o impacto do alcoolismo na relação de casais heterossexuais.

Tendo como objetivos específicos: Diferenciar a repercussão do alcoolismo nos gêneros. Analisar o impacto do alcoolismo na relação familiar e identificar em quais situações casais com um membro alcoolista buscam por intervenção profissional.

A pesquisa será realizada com aplicação de questionário que terá duração de 20 a 30 minutos.

Durante essa aplicação risco mínimo de ocorrer desconforto ou constrangimento ao responder alguma das perguntas formuladas, nesse caso você poderá deixar de responde-las ou deixar de participar do estudo sem prejuízos.

Nesse estudo não haverá benefício direto para os colaboradores, mas a pesquisa abrirá precedentes para que outros pesquisadores possam ampliar os conhecimentos para o avanço científico.

Declaramos ainda que você terá a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

Será garantido o sigilo do seu nome ou informações que indique a sua participação, seus dados não serão divulgados ou compartilhados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Você receberá uma via deste consentimento e outra será arquivada no Curso de Mestrado do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro de São Paulo, a participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara, detalhada e com esclarecimento das minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa, em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora responsável Karina da Silva Paes, no telefone (11) 957965691 ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) da Universidade de Santo Amaro, sito à Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo, SP – Tel.: 2141- 8687. Ou ainda para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas, segue o contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-SMS) da Secretaria Municipal de Saúde, SP – Tel.: 11-3397-2464 – E-mail.: smscep@gmail.com.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.**

São Paulo, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pesquisador

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado.

\_\_\_\_\_

Participante

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

-----

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data //

-----

Data //

Assinatura dos demais pesquisadores

## APÊNDICE C

### TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, Karina da Silva Paes, nacionalidade brasileira, casada, assistente social, regularmente matriculada na Pós Graduação: Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro inscrito(a) sob o CPF 309.979.908.48, abaixo firmado(a), assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sob todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto: **Impacto do alcoolismo nas relações de casais heterossexuais**, do qual sou pesquisadora responsável.

Por este termo, comprometo-me:

- a) a não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
- b) a não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;
- c) a não me apropriar para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso, que venha a ser disponível;
- d) a não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confiabilidade assumida por minha pessoa, sob este termo, terá validade indeterminada ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida a minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

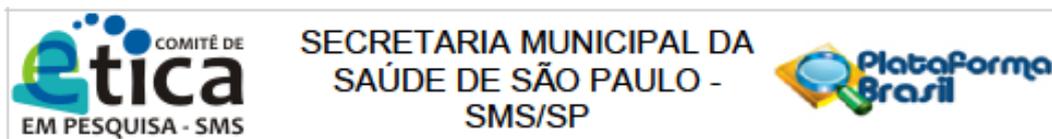
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

---

Nome e assinatura do pesquisador.

Data:

## APÊNDICE D Parecer CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ALCOOLISMO: REPERCUSSÃO E IMPACTO NO CASAMENTO

**Pesquisador:** KARINA DA SILVA PAES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 96098718.9.3001.0086

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.972.764

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, através da aplicação de um questionário de coleta semiestruturado, em 50 sujeitos de pesquisa e será realizada no Centro de Atenção Psicossocial/ CAPS AD III Campo Limpo.

O CAPS AD III Campo Limpo é uma unidade de saúde mental com funcionamento de 24h e com oito leitos para hospitalidade noturna conforme as normas do Ministério da Saúde. Esse serviço de saúde é especializado no tratamento de pessoas com sofrimento e prejuízos em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Essa unidade tem como parceria a Sociedade Beneficente Instituto Israelita Albert Einstein que atua na rede de serviços de saúde mental pública por meio da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

O critério de inclusão será :casais ou mesmo pessoas que estão separadas e que fazem tratamento no CAPS AD III Campo Limpo e como critério de exclusão: pessoas que não frequentam o serviço ou que não tenha critérios para o tratamento no CAPS AD III Campo Limpo, e pessoas solteiras, ou que se recusa assinar o termo de consentimento conforme descrito anteriormente.

Para avaliação dos resultados serão aplicados testes não paramétricos, levando-se em conta a natureza das variáveis estudadas. Será fixado em 0,05 ou 5% o nível de significância.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores influenciáveis com repercussão nos casamentos dos alcoolistas.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com

**APÊNDICE E**

**Tabela A 3.1.1** – Listas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero feminino e idade.

Resultado do teste de Mann Whitney aplicado para comparar os gêneros

---

Paciente	Idade
1	52
2	41
3	54
4	47
5	50
6	39
7	42
8	38
9	65
10	34
11	43
12	40
13	42
14	49

---

## APÊNDICE F

**Tabela A 3.2.1.** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero masculino e idade.

Resultado do teste de Mann Whitney aplicado para comparar os gêneros

Paciente	Idade
1	52
2	69
3	51
4	53
5	40
6	36
7	53
8	58
9	48
10	25
11	49
12	54
13	62
14	55
15	55
16	44
17	33
18	51
19	47
20	56
21	47
22	66
23	53
24	53
25	53
26	48
27	51
28	62
29	48
30	40
31	38
32	35
33	52
34	59
35	54
36	52
37	60
38	43
39	35
40	49
41	77
42	57
43	66
44	51
45	41
46	58
47	64
48	63
49	42
50	36
51	59
52	54
53	57
54	46
55	62
56	53
57	35
58	60
59	42
60	36
61	37
62	46
63	54
64	34
65	58
66	55
67	38
68	47
69	46
70	50
71	50
72	50
73	51
74	70
75	55
76	39
77	42
78	36
79	57
80	51
81	38
82	52
83	46
84	49
85	57
86	69
87	60
88	53
89	42

**APÊNDICE G****Tabela A 14.1.1.** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero e tempo de união conjugal, em anos.

Mulheres	Anos
1	15
2	5
3	1.5
4	24
5	17
6	1
7	1
8	8
9	20
10	7
11	5
12	13
13	25
14	23

## APÊNDICE H

**Tabela A 14.2.1** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo o gênero e tempo de união conjugal, em anos.

Homens	Anos
1	25
2	38
3	26
4	30
5	14
6	14
7	30
8	38
9	8
10	7
11	23
12	32
13	0.1
14	10
15	33
16	3
17	8
18	13
19	22
20	19
21	11
22	12
23	27
24	12
25	25
26	16
27	1.5
28	40
29	21
30	3
31	1.6
32	13
33	8
34	10
35	30
36	33
37	36
38	17
39	7
40	15
41	40
42	5
43	26
44	31
45	9
46	37
47	5
48	10
49	8
50	17
51	3
52	14
53	12
54	12
55	15
56	20
57	3
58	35
59	15
60	5
61	2
62	16
63	15
64	1
65	23
66	2
67	4
68	3
69	8
70	4
71	32
72	14
73	1
74	40
75	10
76	18
77	15
78	8
79	33
80	20
81	6
82	0.2
83	8
84	1.5
85	26
86	40
87	36
88	22
89	2

## APÊNDICE I

**Tabela A 15.1.1.** Representa mulheres alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo a presença (1) ou a ausência (0) dos principais motivos e consequências do álcool presentes na relação marital.

Paciente	Motivos									
1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2
3	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
4	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
7	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
8	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
9	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
11	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1
12	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
13	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
14	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
Total Sim	8	11	7	12	9	8	11	11	6	9
% Sim	57,1	78,6	50	85,7	64,3	57,1	78,6	78,6	42,9	64,3
			<b>G= 12,92 P= 0,1663</b>							

Legenda	1= Presente
	0= Ausente
1	Violência
2	Dificuldade socioeconomica
3	Abandono
4	Ciumes
5	Isolamento
6	Traição
7	Depressão
8	Falta comunicação
9	Outras doenças
10	Ideação suicida

**APÊNDICE J**

**Tabela A 15.2.1.** Representa os homens alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo a presença (1) ou a ausência (0) dos principais motivos e consequências do álcool presentes na relação marital.

Paciente	Motivos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1
5	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1
6	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
7	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
9	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2
10	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
12	0	1	1	0	1	0	1	1	0	2
13	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2
14	0	1	1	0	1	1	1	1	0	2
15	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	0	1	0	1	1	1	0	2
19	0	1	1	0	1	0	1	1	0	2
20	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	0	0	1	0	1	0	1	1	0	2
22	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
23	0	1	0	1	1	0	1	1	1	2
24	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2
25	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
26	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1
27	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
28	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0
29	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
30	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
31	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1
32	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1
33	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
34	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1
35	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
38	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0
39	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0
40	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0
41	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
42	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
43	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
44	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
45	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
46	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1
47	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1
48	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
49	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0
50	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
51	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1
52	1	2	1	0	1	1	1	1	0	1
53	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
54	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0
55	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
56	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
57	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
58	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
59	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
60	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
61	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0
62	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
63	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
64	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1
65	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
66	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
68	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1
69	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
70	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
71	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0
72	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
73	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
74	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
75	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
76	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1
77	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
78	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0
79	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1
80	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1
81	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
82	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
83	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
84	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0
85	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
86	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
87	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
<b>Total Sim</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>27</b>	<b>67</b>
<b>% Sim</b>	<b>34,8</b>	<b>66,3</b>	<b>49,4</b>	<b>57,3</b>	<b>52,8</b>	<b>41,6</b>	<b>64</b>	<b>62,9</b>	<b>30,3</b>	<b>75,3</b>
			<b>G=79,54</b>	<b>P= 0,0000</b>						

### APÊNDICE K

**Tabela A 16.1.1.** Representa mulheres alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo a presença de (1) ou ausência (0) para o histórico de violência conjugal após consumo abusivo de bebidas alcoólica.

Paciente	Motivos						
	1	2	3	4	5	6	7
1	1	1	1	1	1	0	1
2	1	1	0	1	1	1	1
3	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	1	0	1	0	0
5	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	0	1
7	1	1	0	0	1	1	0
8	1	1	1	1	1	0	1
9	1	0	0	1	1	0	1
10	1	1	1	1	1	0	1
11	1	0	0	0	0	0	0
12	1	0	0	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0	1
14	1	1	0	1	1	0	1
Total							
Sim	13	8	6	8	10	3	9
% Sim	92,9	57,8	42,9	57,1	71,4	21,4	64,3

**G= 25,22      P= 0,0003**

Legenda	
	1= Presente
	0= Ausente
1	Discussão
2	Agressão física
3	Ameaças ou destruição de documentos
4	Quebra de objetos
5	Ameaça de agressão
6	Sexo forçado
7	Ameaça de morte

**APÊNDICE L**

**Tabela A 16.2.1.** Representa homens alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo a presença de (1) ou ausência (0) para o histórico de violência conjugal após consumo abusivo de

Paciente	Motivos						
	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0
3	1	1	0	1	1	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	1	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0
7	1	0	0	0	0	1	0
8	1	0	0	0	0	1	0
9	1	0	0	1	0	0	0
10	1	1	0	1	1	1	0
11	1	1	1	1	1	1	1
12	1	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	0	0	0	0	0
15	1	1	0	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	0	1
17	1	1	1	1	1	0	1
18	1	1	1	1	1	1	0
19	1	0	0	1	1	0	0
20	1	1	0	1	1	1	0
21	1	0	0	0	0	0	0
22	1	0	0	0	0	0	0
23	1	0	0	0	0	0	0
24	1	0	0	0	1	0	0
25	1	1	0	0	0	1	0
26	1	0	0	0	1	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0
28	1	0	0	0	0	0	0
29	1	0	0	0	0	0	0
30	1	0	0	1	0	0	0
31	0	0	1	1	0	0	0
32	1	0	0	0	0	0	0
33	1	0	0	0	0	0	1
34	1	1	0	1	1	1	0
35	1	0	0	1	0	0	0
36	1	1	1	1	1	0	1
37	1	1	0	0	0	1	0
38	1	0	0	1	1	0	0
39	1	1	0	1	0	0	1
40	1	0	0	1	0	0	0
41	1	0	0	0	0	0	0
42	1	1	1	0	0	1	0
43	0	0	0	0	0	0	0
44	1	0	0	0	0	0	0
45	1	1	1	1	1	0	1
46	1	0	0	0	0	0	0
47	1	0	0	0	0	0	0
48	1	0	0	0	0	0	0
49	1	0	0	0	0	0	0
50	1	1	0	1	1	1	1
51	1	0	1	1	0	0	0
52	1	1	0	1	0	0	0
53	1	1	1	1	1	1	1
54	1	0	0	0	0	0	0
55	1	1	0	1	0	0	0
56	1	1	1	1	1	0	1
57	1	0	0	1	0	0	0
58	1	0	0	0	0	0	1
59	1	1	0	1	1	1	1
60	1	1	1	1	1	0	0
61	1	0	1	0	0	0	1
62	1	0	0	0	0	0	0
63	1	0	0	1	1	0	0
64	1	0	0	1	0	0	0
65	1	0	0	0	0	0	0
66	1	0	0	0	0	0	0
67	1	1	1	1	1	1	1
68	1	0	0	0	1	0	0
69	1	0	0	0	0	0	0
70	1	0	0	0	0	0	0
71	1	0	0	0	0	0	0
72	1	0	1	1	0	0	0
73	1	0	0	0	0	0	0
74	1	0	0	0	0	0	0
75	1	1	0	0	1	0	0
76	1	0	0	0	1	0	0
77	1	1	0	1	1	0	1
78	1	1	0	1	1	0	0
79	1	0	0	0	0	0	0
80	1	0	1	1	0	0	0
81	1	0	0	0	0	0	0
82	1	0	0	1	1	0	0
83	1	0	0	0	0	0	0
84	1	0	1	0	0	0	0
85	1	1	0	0	1	0	1
86	0	0	0	0	0	0	0
87	1	0	0	0	0	0	0
88	0	0	0	0	0	0	0
89	1	0	0	0	0	0	0
<b>Total Sim</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>17</b>
<b>% Sim</b>	<b>91</b>	<b>33,3</b>	<b>19,1</b>	<b>45,7</b>	<b>32,6</b>	<b>16,9</b>	<b>19,1</b>
			<b>G= 199,93</b>	<b>P= 0,0000</b>			

bebidas  
alcoólica.

### APÊNDICE M

**Tabela A 17.1.1.** Representa mulheres alcoolistas do CAPS AD III Campo limpo, segundo a presença (1) ou ausência (0) das crenças capazes de manter a relação conjugal.

Paciente	Motivos			
	1	2	3	4
1	1	1	0	1
2	0	0	1	1
3	1	1	0	1
4	0	1	1	0
5	1	0	1	1
6	1	1	1	0
7	1	1	1	1
8	0	1	1	1
9	1	1	0	1
10	0	1	1	1
11	1	1	0	1
12	1	1	0	1
13	1	1	1	1
14	1	1	1	1
Total				
Sim	10	12	9	12
% Sim	71,4	85,7	64,2	85,7

**G= 2,31      P= 0,5098**

<b>Legenda</b>	1= Presente
	0= Ausente
1	Afetividade, amor, carinho, respeito, cuidado
2	Responsabilidade na família
3	Dependência financeira
4	Possibilidade de mudança

**APÊNDICE N**

**Tabela A 17.2.1.** Representa homens alcoolistas do CAPS AD III Campo limpo, segundo a presença (1) ou ausência (0) das crenças capazes de manter a relação conjugal.

Paciente	Motivos			
	1	2	3	4
1	1	1	0	1
2	1	1	0	1
3	1	1	0	0
4	1	1	1	1
5	1	1	0	1
6	1	1	0	1
7	1	1	1	1
8	1	1	0	1
9	1	1	0	1
10	1	1	1	1
11	0	1	1	1
12	1	1	0	1
13	0	1	0	1
14	1	1	1	1
15	1	1	0	1
16	1	1	0	1
17	1	1	1	1
18	0	1	0	1
19	0	1	0	1
20	0	1	0	0
21	1	1	0	1
22	1	1	1	0
23	0	1	0	1
24	1	1	0	1
25	0	1	0	1
26	1	1	1	1
27	1	1	1	1
28	1	1	1	1
29	1	1	1	1
30	1	1	1	1
31	0	1	1	1
32	1	1	0	1
33	1	0	0	1
34	1	0	0	0
35	0	1	0	0
36	0	1	1	1
37	1	1	1	1
38	1	1	1	1
39	1	1	1	1
40	0	1	0	1
41	1	1	0	1
42	1	1	0	1
43	1	1	1	1
44	1	1	0	1
45	1	1	0	1
46	1	1	0	0
47	1	0	0	0
48	1	1	0	0
49	1	1	1	0
50	1	0	1	1
51	0	1	0	1
52	1	1	1	1
53	1	0	0	1
54	1	1	0	0
55	1	1	0	0
56	1	1	1	1
57	0	0	1	1
58	1	1	0	1
59	1	1	1	0
60	1	1	0	0
61	1	1	0	0
62	1	1	1	0
63	1	1	0	1
64	0	1	1	0
65	1	1	1	1
66	1	1	0	1
67	1	1	1	1
68	1	1	0	1
69	1	0	0	1
70	1	0	0	1
71	0	1	1	1
72	1	1	0	1
73	1	1	0	1
74	1	1	0	1
75	1	1	1	1
76	1	1	0	1
77	1	1	0	1
78	1	1	0	1
79	1	1	1	1
80	0	1	0	1
81	0	1	0	0
82	1	1	0	0
83	1	1	0	0
84	1	1	1	1
85	1	1	0	1
86	1	1	0	1
87	1	1	0	1
88	1	1	0	0
89	1	1	0	0
<b>Total Sim</b>	<b>72</b>	<b>81</b>	<b>33</b>	<b>74</b>
<b>% Sim</b>	<b>80,9</b>	<b>91</b>	<b>37,1</b>	<b>83,1</b>
		<b>G= 76,91</b>	<b>P= 0,0000</b>	

### APÊNDICE O

**Tabela A 18.1.1.** Representa mulheres alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo a presença (1) ou ausência (0) ao identificar as emoções e sentimentos na família perante o alcoolismo.

Paciente	Motivos				
	1	2	3	4	5
1	1	1	1	0	0
2	1	1	1	1	0
3	0	0	1	0	1
4	0	0	1	0	0
5	0	0	1	0	0
6	0	1	0	0	0
7	0	1	0	0	0
8	0	1	0	0	0
9	0	1	0	0	0
10	0	1	0	0	0
11	1	1	0	0	0
12	0	1	1	0	0
13	0	0	0	1	0
14	1	0	0	1	1
Total Sim	4	9	6	3	2
% Sim	28,6	64,3	42,9	21,4	14,3

<b>Legenda</b>	1= Presente 0= Ausente
1	Medo
2	Raiva
3	Impotência
4	Traição
5	Vontade de morrer

**APÊNDICE P**

**Tabela A 18.2.1.** Representa homens alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo a presença (1) ou ausência (0) ao identificar as emoções e sentimentos na família perante o alcoolismo.

Paciente	Motivos				
	1	2	3	4	5
1	0	1	0	0	0
2	1	0	0	0	0
3	0	0	1	0	0
4	0	0	0	0	1
5	0	1	0	0	0
6	0	0	1	0	0
7	0	1	0	0	0
8	0	1	0	0	0
9	0	1	0	0	0
10	0	1	0	0	0
11	0	1	0	0	0
12	1	0	1	0	0
13	1	0	0	0	0
14	1	0	0	0	0
15	1	1	0	0	0
16	1	1	0	0	0
17	1	1	1	0	0
18	0	1	1	0	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
21	1	0	0	0	0
22	0	1	0	0	0
23	0	0	1	0	0
24	0	1	0	0	0
25	0	1	0	0	0
26	0	1	0	0	0
27	0	0	0	1	0
28	0	1	0	0	0
29	0	0	0	0	0
30	0	0	1	0	0
31	0	1	0	0	0
32	0	0	1	0	0
33	0	0	1	0	0
34	1	0	0	0	0
35	0	1	0	0	0
36	1	1	0	1	0
37	0	1	0	0	0
38	0	1	0	0	0
39	0	0	0	0	0
40	0	0	0	1	0
41	0	1	0	0	0
42	0	1	0	0	0
43	0	1	0	0	0
44	0	1	0	0	0
45	0	0	0	1	0
46	0	1	0	0	0
47	0	0	0	1	0
48	0	0	1	1	0
49	0	0	1	0	0
50	0	1	1	1	0
51	0	1	1	0	0
52	1	0	0	0	0
53	0	1	0	0	0
54	0	1	0	1	0
55	0	1	0	0	0
56	0	1	0	0	0
57	0	1	0	0	0
58	0	0	0	0	1
59	0	0	1	0	0
60	0	1	0	0	0
61	1	1	0	1	0
62	0	0	0	1	0
63	0	0	1	0	0
64	1	0	0	0	0
65	0	1	0	0	0
66	0	1	0	0	0
67	1	1	0	1	0
68	0	1	0	0	0
69	0	1	0	0	0
70	0	1	0	0	0
71	0	1	0	0	0
72	1	0	0	0	0
73	0	1	0	0	0
74	0	1	0	0	0
75	0	1	0	0	0
76	0	0	1	0	0
77	0	0	1	0	0
78	1	1	1	1	0
79	0	0	1	0	0
80	0	0	1	0	0
81	1	0	0	0	0
82	1	0	0	0	0
83	1	0	0	0	0
84	1	1	0	0	0
85	0	1	0	0	0
86	1	0	0	0	0
87	0	1	1	0	0
88	1	0	0	0	0
89	0	1	0	0	0
<b>Total Sim</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>4</b>
<b>% Sim</b>	<b>28,09</b>	<b>56,18</b>	<b>31,46</b>	<b>11,24</b>	<b>4,49</b>

### APÊNDICE Q

**Tabela A 19.1.1.** Representa as mulheres alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo presença (1) ou ausência (0) dos impactos identificados na vida sexual.

Paciente	Motivos				
	1	2	3	4	5
1	1	1	0	1	1
2	0	1	1	1	1
3	1	1	1	0	0
4	0	1	0	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	0	1	1
7	1	1	0	1	0
8	1	1	0	0	1
9	1	1	0	0	1
10	0	0	0	1	1
11	0	0	1	0	0
12	0	0	0	0	1
13	0	1	1	0	0
14	0	1	1	0	1
<b>Total Sim</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>10</b>
<b>% Sim</b>	<b>50</b>	<b>78,6</b>	<b>42,8</b>	<b>50</b>	<b>71,42</b>
		<b>G= 5,53</b>	<b>P= 0,2372</b>		

<b>Legenda</b>	1= Presente 0= Ausente
1	Perda de atração e entusiasmo
2	Falta de interesse
3	Aumento da libido
4	Interesse e atração por outras pessoas
5	Falta de preliminares com companheiro

**APÊNDICE R**

**Tabela A 19.2.1.** Representa os homens alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo presença (1) ou ausência (0) dos impactos identificados na vida sexual.

Paciente	Motivos				
	1	2	3	4	5
1	0	1	0	1	1
2	0	1	1	1	0
3	0	0	1	1	1
4	0	0	1	1	0
5	0	0	1	1	0
6	0	0	1	1	1
7	1	1	0	0	0
8	0	1	1	1	1
9	0	0	1	1	0
10	0	0	0	0	0
11	1	1	1	0	1
12	1	1	0	0	0
13	0	1	1	1	1
14	0	1	0	1	0
15	1	1	1	1	1
16	1	1	0	1	0
17	1	1	1	1	1
18	0	1	1	1	0
19	1	1	0	1	0
20	1	1	0	1	1
21	0	1	0	1	0
22	0	0	0	0	0
23	1	1	0	0	1
24	0	0	1	1	1
25	1	1	1	1	0
26	1	1	1	1	1
27	1	0	1	1	0
28	0	0	1	1	0
29	1	0	1	1	1
30	0	1	1	1	0
31	0	0	1	0	0
32	0	0	1	1	0
33	1	0	0	0	1
34	1	1	0	1	1
35	0	0	1	0	0
36	0	0	1	1	1
37	0	1	1	1	0
38	0	1	1	1	1
39	1	0	1	0	0
40	0	1	1	1	0
41	1	1	1	0	0
42	1	1	1	1	1
43	0	0	1	0	0
44	0	0	1	1	0
45	0	1	1	0	0
46	0	1	1	1	0
47	0	1	1	1	1
48	0	1	1	0	0
49	0	0	1	0	0
50	1	0	1	1	1
51	1	0	1	1	0
52	1	1	1	1	0
53	1	1	1	1	1
54	0	1	1	1	1
55	0	1	0	1	0
56	1	1	1	1	1
57	0	1	1	1	1
58	1	0	1	0	0
59	0	0	1	0	1
60	0	0	1	1	1
61	1	1	1	1	1
62	0	0	0	0	0
63	0	1	0	0	0
64	0	0	1	1	1
65	1	1	1	1	0
66	0	0	1	0	0
67	0	0	1	1	0
68	0	1	0	1	0
69	0	0	0	1	0
70	0	1	0	1	0
71	1	0	0	0	0
72	0	1	0	0	0
73	0	0	1	1	0
74	0	0	1	1	0
75	1	1	1	1	1
76	1	1	1	0	0
77	0	0	1	1	1
78	0	0	1	1	0
79	1	0	0	0	1
80	1	1	1	1	1
81	0	1	1	1	1
82	0	1	1	1	1
83	0	0	1	1	1
84	0	0	1	1	1
85	0	0	1	1	1
86	0	0	1	1	1
87	0	0	0	1	0
88	0	0	1	1	0
89	0	0	0	0	0
<b>Total Sim</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>36</b>
<b>% Sim</b>	<b>34,8</b>	<b>50,6</b>	<b>74,2</b>	<b>71,9</b>	<b>40,4</b>
		<b>G= 50,31</b>	<b>P= 0,0000</b>		

## APÊNDICE S

**Tabela A 22.1.** Alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo, segundo gênero e o tipo de incentivo pela procura ao tratamento.

Espontânea				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	8	6	14	57,1
M	52	37	89	58,4
TOTAL	60	43	103	58,3
P = (1,0000) N.S				
Unidade Básica de Saúde				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	3	11	14	21,4
M	14	75	89	15,7
TOTAL	17	86	103	16,5
P= (0,6961) N.S				
Conselho Tutelar				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	1	13	14	15,7
M	0	89	89	0
TOTAL	1	102	103	1,0
P= (0,1359) N.S				
Sistema Judiciário				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	0	14	14	0
M	4	85	89	4,5
TOTAL	4	99	103	3,9
P= (1,0000) N.S				
Hospital Geral				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	0	14	14	0
M	7	82	89	7,9
TOTAL	7	96	103	6,8
P= (0,5894) N.S				
Amigos				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	9	5	14	64,3
M	56	33	89	62,9
TOTAL	65	38	103	63,1
P= (1,0000) N.S				
Outros				
	Sim	Não	Total	% Sim
F	0	14	14	0
M	12	77	89	13,5
TOTAL	12	91	103	11,7
P= ( 0,2117) N.S				

**APÊNDICE T****Tabela A 24.1.1.** Mulheres e homens alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo segundo período em meses de tratamento.

<u>Mulheres</u>	<u>Meses</u>
1	24
2	17
3	4
4	18
5	48
6	0.5
7	12
8	12
9	3
10	4
11	2
12	0.03
13	0.01
<u>14</u>	<u>4</u>

## APÊNDICE U

**Tabela A 24.2.1.** Mulheres e homens alcoolistas do CAPS AD III Campo Limpo segundo período em meses de tratamento.

Homens	Meses
1	24
2	2
3	2.5
4	1
5	9
6	42
7	4
8	0.25
9	0.75
10	0.03
11	48
12	1.5
13	48
14	2.5
15	0.02
16	2.5
17	18
18	0.02
19	18
20	18
21	1
22	3
23	6
24	6
25	3
26	0.25
27	5
28	24
29	24
30	0.02
31	1
32	0.01
33	48
34	7
35	2
36	36
37	36
38	36
39	4
40	12
41	1
42	0.03
43	1.5
44	36
45	48
46	7
47	36
48	2
49	3
50	4
51	48
52	0,25
53	36
54	7
55	7
56	3
57	0.09
58	6
59	36
60	0.01
61	3
62	2
63	0.03
64	0.02
65	8
66	4
67	48
68	0.02
69	24
70	6
71	1
72	21
73	0.01
74	0.01
75	0.01
76	0.01
77	5
78	0.01
79	6
80	0.02
81	0.02
82	24
83	0.02
84	0.02
85	8
86	0.02
87	0.01
88	0.02
89	0.01

